

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS A  
COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS E A IDEACÃO  
SUICIDA EM ADOLESCENTES**

**Sara Filipa Vieira Dos Santos Valadares**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

**2018**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS A  
COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS E A IDEACÃO  
SUICIDA EM ADOLESCENTES**

**Sara Filipa Vieira Dos Santos Valadares**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Rosa Ferreira Novo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

**2018**

*“Aqueles que passam por nós, não vão  
sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um  
pouco de nós.” –  
Antoine de Saint-Exupéry*

## **Agradecimentos**

... À Professora Doutora Rosa Novo por ter aceite acompanhar-me nesta caminhada, pela inestimável disponibilidade, por toda a compreensão, por todo o apoio e saber transmitido e pelo exemplo pessoal e profissional. Sem o seu profissionalismo e rigor não teria sido possível a realização desta investigação.

.... À Professora Doutora Magda Sofia Roberto pela generosa colaboração e disponibilidade. Obrigada por todo o conhecimento transmitido.

... À Mafalda que para além de ter sido uma excelente parceira nesta caminhada se demonstrou uma excelente amiga. Obrigada pelo inesgotável apoio, colaboração e motivação.

... Às escolas, professores, estudantes e encarregados de educação, sem os quais não teria sido possível a concretização desta investigação.

... À Maria que não me deixou por um segundo acreditar que eu não era capaz, que esteve incansavelmente ao meu lado. Não existem palavras suficientes que agradeçam todo o apoio e compreensão.

... À Doutora Patrícia, por me ter acompanhado desde o nascimento deste projeto, pelas palavras de encorajamento e pela tranquilidade que sempre me ofereceu.

... Ao meu irmão que me inspira todos os dias.

... Aos meus avós, que me apoiaram incondicionalmente, que foram sempre o meu braço direito, e apesar dos momentos de maior fragilidade sempre fizeram o possível para o meu bem-estar e tranquilidade.

... A todos os meus amigos que me ajudaram de uma maneira ou de outra ao longo deste ano. Um especial obrigado à Patrícia, à Marta, à Bruna, à Inês, à Débora, à Telma, à Carolina e à Mariana, cada uma de vocês teve um papel indispensável.

... Aos restantes amigos e família que me apoiaram nesta caminhada.

.... E por fim, às minhas estrelinhas protetoras que mesmo não estando entre nós me acompanham todos os dias.

## Resumo

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento que irá permitir ou não uma boa adaptação às exigências externas e uma gestão das necessidades internas.

O presente estudo teve por objetivo investigar a importância relativa dos fatores psicossociais (de natureza individual, familiar e contextual) na associação aos comportamentos autolesivos e à ideação suicida em adolescentes do ensino secundário português. Desta forma, foi estudada uma amostra de 371 participantes de ambos os sexos, com idades entre os 14 e os 19 anos. Os dados foram recolhidos através do *Questionário Psicossocial*, elaborado para o presente estudo, e a versão portuguesa da *checklist* do *Youth Self Report*, um dos instrumentos da bateria ASEBA.

As conclusões deste estudo apontam como potenciais fatores de risco de comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida na adolescência: o estilo educativo do pai ser não adequado, a existência de dificuldades financeiras, ser excluído do grupo de amigos, apresentar uma queixa/problema psicológico, ter uma doença física, e estar a passar por uma situação difícil na vida atual.

Salienta-se como potenciais fatores de proteção dos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida: a satisfação na escola, ter amigos, ter o apoio de um amigo próximo, a satisfação com a saúde e com o próprio.

Deste modo, estamos perante uma realidade em que variáveis internas pessoais e variáveis externas contextuais (e.g., a família e a escola que se apresentam como os dois contextos de vida mais relevantes para os jovens) são importantes na saúde mental na adolescência e com uma grande pertinência nesta temática da autolesão e ideação suicida.

**Palavras-Chave:** Adolescentes, Comportamentos Autolesivos, Ideação Suicida, Fatores psicossociais de risco; Fatores Psicossociais de proteção, *Youth Self Report*

## **Abstract**

Adolescence is a stage of development that will allow or not a good adaptation to external demands and a management of the internal needs.

The present study aimed to investigate the relative importance of psychosocial factors (of an individual, family, and contextual nature) in the association with Deliberate Self-harm behaviors and suicidal ideation in Portuguese adolescents in high school. Thus, a sample of 371 participants of both sexes, aged between 14 and 19 years, was studied. The data were collected through the *Psychosocial Questionnaire*, prepared for the present study, and the Portuguese version of the *Youth Self Report* checklist, one of the ASEBA battery's instruments.

The conclusions of this study point as potential risk factors for deliberate self-harm behavior and/or suicidal ideation in adolescence the following ones: the father's educational style not being adequate, the existence of financial difficulties, being excluded from the group of friends, presenting a complaint/psychological problem, having a physical illness, and going through a difficult situation in the current life.

It is highlighted as potential factors to protect deliberate self-harm behaviors and/or suicidal ideation the following ones: satisfaction in school, having friends, having the support of a close friend, satisfaction with one's own health and himself/herself.

Thus, we are facing a reality in which personal internal variables and external contextual variables (e.g., the family and school that are presented as the two most relevant contexts of life for the young people) are important in mental health in adolescence and with a great pertinence in this issue of self-harm and suicidal ideation.

**Keywords:** Adolescents, Deliberate Self-Harm, Suicide Ideation, Risk psychosocial factors, Protective psychosocial factors, *Youth Self Report*

## Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico .....	2
A Adolescência e a Vulnerabilidade Psicopatológica .....	2
Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida .....	4
Fatores de Risco e de Proteção .....	7
Metodologia .....	9
Objetivos de Investigação.....	9
Mapa de Investigação .....	10
Participantes.....	10
Instrumentos .....	12
Questionário Psicossocial .....	12
<i>Youth Self Report</i> .....	13
Procedimento .....	14
Apresentação e Análise dos Dados .....	16
Análise dos resultados do <i>Youth Self Report</i> (YSR).....	16
Análise dos resultados do Questionário Psicossocial .....	19
Fatores Psicossociais Associados a Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida.....	26
Família .....	27
Escola.....	28
Relações Interpessoais .....	30
Saúde.....	32
Perceção Pessoal .....	33
Acontecimentos de Vida Significativos e Atividades Lúdicas .....	34
Discussão.....	37
Conclusão .....	40
Investigações Futuras .....	41
Referências .....	42

## Índice de Figuras

Figura 1. Mapa de Investigação. ....	10
--------------------------------------	----

## Índice de Quadros

Quadro 1. Fatores de Risco para os Comportamentos Autolesivos em Adolescentes .....	8
Quadro 2. Fatores de Proteção para os Comportamentos Autolesivos em Adolescentes .....	8
Quadro 3. Características Sociodemográficas da Amostra .....	11
Quadro 4. Características Sociodemográficas dos Pais dos Participantes .....	11
Quadro 5. Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise de Variância por Sexo .....	16
Quadro 6. Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise de Variância por Grupos de Idade .....	17
Quadro 7. Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise do Grupo com Comportamento e/ou Ideação Suicida e o Grupo Sem Comportamento e/ou Ideação Suicida. ....	18
Quadro 8. Correlações (Spearman) do Comportamento Autolesivo (Item18), da Ideação Suicida (Item91) com as dimensões do YSR .....	19
Quadro 9. Regressão Logística relativa ao Comportamento Autolesivo e à Ideação Suicida a partir dos dados do YSR.....	19
Quadro 10. Estatística Descritiva da categoria Família do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS) .....	22
Quadro 11. Estatística Descritiva da categoria Escola do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS) .....	23
Quadro 12. Estatística Descritiva da categoria Relações Interpessoais do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS).....	24
Quadro 13. Estatística Descritiva da categoria Saúde do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS) .....	25
Quadro 14. Estatística Descritiva da categoria Perceção Pessoal do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS) .....	26



Quadro 15. Estatística Descritiva da categoria Acontecimentos de vida significativos do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS) .....	26
Quadro 16. Correlações (Spearman) entre as Variáveis da Categoria Família com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) .....	27
Quadro 17. Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis da Categoria Família com os Comportamentos Autolesivos (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) .....	28
Quadro 18. Regressão Logística dos Comportamentos e/ou Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas à Família .....	28
Quadro 19. Correlações (Spearman) entre as Variáveis da Categoria Escola com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) .....	29
Quadro 20. Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis da Categoria Escola com os Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) .....	29
Quadro 21. Regressão Logística dos Comportamentos e/ou Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas à Escola.....	29
Quadro 22. Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Relações Interpessoais com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e a Ideação Suicida (Item 91) na Amostra Total e no grupo CIS.....	31
Quadro 23. Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis da Categoria Relações Interpessoais com os Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) .....	31
Quadro 24. Regressão Logística dos Comportamentos e/ou Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas às Relações Interpessoais .....	32
Quadro 25. Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Saúde com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) na Amostra Total e no grupo CIS .....	32
Quadro 26. Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis da Categoria Saúde com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) .....	33
Quadro 27. Regressão Logística do Comportamentos e/ou a Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas às Saúde.....	33

Quadro 28. Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Percepção Pessoal com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) na Amostra Total e no grupo CIS .....	34
Quadro 29. Regressão Logística dos Comportamentos e/ou a Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas à Percepção Pessoal .....	34
Quadro 30. Correlações (Spearman) do Comportamento Autolesivo (Item 18) e da Ideação Suicida (Item 91) com as Variáveis da Categoria Atividades Lúdicas .....	35
Quadro 31. Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis dos Acontecimentos de Vida Significativos e Atividades Lúdicas com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) .....	35
Quadro 32. Regressão dos Comportamentos e/ou a Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas aos Outros .....	35
Quadro 33. Regressão Logística dos Comportamentos e/ou Ideação Suicida a partir de Variáveis Psicossociais Globais .....	36

## **Índice de Anexos**

<i>Anexo A. Questionário Psicossocial .....</i>	<i>47</i>
<i>Anexo B. Pedido de Autorização às Escolas.....</i>	<i>49</i>
<i>Anexo C. Consentimento Informado .....</i>	<i>50</i>
<i>Anexo D. Informação aos Participantes .....</i>	<i>51</i>
<i>Anexo E. Estatística Descritiva dos Dados do Questionário Psicossocial na Amostra Total .....</i>	<i>52</i>

## Introdução

A adolescência corresponde a uma etapa de desenvolvimento com diversos desafios e vulnerabilidades, impelindo a uma adaptação não só em aspetos de cariz pessoal como de natureza interpessoal. Assim, o adolescente terá de gerir as suas necessidades internas e exigências externas dos diversos contextos em que está inserido.

Perante as vulnerabilidades existentes nesta etapa de desenvolvimento existe uma tendência para os comportamentos de risco (Steinberg, 2007). Neste sentido, importa destacar os comportamentos autolesivos que se apresentam como um sinal de sofrimento cada vez mais frequente na adolescência (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012), atingindo proporções alarmantes que justificam a pertinência do seu estudo.

Deste modo, a presente investigação insere-se na temática dos comportamentos autolesivos e da ideação suicida na adolescência, que se apresentam de grande relevância e como um problema de saúde pública. Desta forma, através de uma amostra de adolescentes do ensino secundário, pretendeu-se identificar os fatores psicossociais subjacentes a esta temática e, perante estes, quais são os potenciais fatores de risco e protetores.

Neste sentido, a dissertação divide-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo é apresentada uma breve revisão bibliográfica sobre as temáticas da investigação: a adolescência e a vulnerabilidade psicopatológica, os comportamentos autolesivos e a ideação suicida, e os fatores de risco e proteção na sua vertente sociodemográfica, familiar, individual e social.

O segundo capítulo relata a metodologia, que engloba os objetivos e mapa de investigação, a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados (*Youth Self Report* e o *Questionário Psicossocial*) e a descrição do procedimento de recolha de dados.

O terceiro capítulo aborda a apresentação e análise dos dados. O quarto capítulo integra a discussão e reflexão dos dados. E, por fim, quinto capítulo foca-se nas principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras.

A presente dissertação, na sua globalidade, contribui para aprofundar o estudo desta temática, sistematizando os principais os fatores associados à autolesão e ideação suicida na adolescência, salientando a importância de uma melhor compreensão deste fenómeno para uma posterior prevenção e intervenção clínica adequada.

## **Enquadramento Teórico**

### **A Adolescência e a Vulnerabilidade Psicopatológica**

A adolescência é considerada uma etapa de desenvolvimento e de maturação que decorre desde a puberdade até à idade adulta, cujos limites cronológicos são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre os 10 e os 19 anos, enquanto a Organização das Nações Unidas (ONU) considera esta etapa entre os 15 e os 24 anos intitulando-a de *youth* (Eisenstein, 2005).

A adolescência é refletida como um momento favorável para a formação da identidade, que abarca não só a história passada do indivíduo como as suas capacidades necessárias à vida psicológica saudável na fase adulta (Sprinthal & Collins, 1999). Nesta etapa de vida, os processos de construção da identidade, que ocorrem no final da adolescência ganham um sentido de unidade e continuidade ao longo do tempo (Erikson, 1982).

Um dos principais marcos nesta etapa é o desenvolvimento dos padrões de pensamento lógico, racional e abstrato (Piaget, 1952), onde o adolescente começa a considerar as ideias dos outros e a comunicar com estes. A evolução física e sexual segue um compasso veloz, devendo ser assistida com o mesmo ritmo que o desenvolvimento cognitivo, a fim de não originar comportamentos desviantes às normas impostas em sociedade (Sprinthal & Collins, 2008).

De igual forma, o desenvolvimento social é considerado importante na medida em que os adolescentes procuram estabelecer relações com êxito promovendo o seu sentido de pertença (Silva, 2001), procurando construir a sua identidade social. A um nível mais interpessoal ocorre uma passagem progressiva do domínio de proteção familiar para uma incorporação nos grupos de pares e na sociedade (Nurmi, 2004) que fará com que o adolescente possua mais campos de oportunidade para o seu desenvolvimento. Tal, não significa que não haja uma grande importância das relações dos adolescentes com os seus pais, uma vez que estas, não só são cruciais para o seu bem-estar, como também acabam por influenciar as relações que serão estabelecidas com os pares (Steinberg & Morris, 2001).

No desenvolvimento neuropsicológico, o córtex pré-frontal (relacionado com a regulação emocional) desenvolve-se mais tardiamente que o sistema límbico (relacionado com as emoções), podendo levar a que nesta fase os adolescentes sejam mais propensos a comportamentos de risco dirigidos pela impulsividade que estas emoções poderão despertar (Blakemore, 2012).

Em suma, esta etapa de desenvolvimento envolve inúmeros desafios e vulnerabilidades, onde ocorrem diversas alterações e exigências a nível social (papéis e expectativas sociais; em que a definição social tem um papel importante nas experiências que os adolescentes

vivenciam), a nível físico (inerente às transformações relativas à puberdade), a nível sexual (maturação), a nível emocional (regulação), e a nível cognitivo.

De facto, as experiências vivenciais têm uma grande influência na saúde mental dos adolescentes. A adolescência, com todas as suas idiossincrasias, vai impelir uma adaptação não só em aspetos de cariz individual como de natureza familiar. Assim, o adolescente terá de gerir as suas necessidades internas e exigências externas dos diversos contextos em que o mesmo está inserido.

Perante as vulnerabilidades existentes nesta etapa de desenvolvimento existe uma tendência para os comportamentos de risco por parte dos adolescentes (Steinberg, 2007) que ao persistirem ao longo do tempo podem constituir-se como um risco de psicopatologia. Assim sendo, a forma como perante as vulnerabilidades e oportunidades o adolescente regula o seu comportamento influencia ou previne a inscrição em trajetórias associadas à psicopatologia (Steinberg, 2005).

Neste âmbito é importante referenciar a linha de pensamento da Psicopatologia do Desenvolvimento que considera que as perturbações individuais se mobilizam entre formas de funcionamento patológicas e não patológicas, reforçando a continuidade entre o comportamento normal e o patológico (Cicchetti & Cohen, 2006), contrastando com uma posição dicotómica entre normalidade e patologia.

O conceito de trajetórias de desenvolvimento e o reconhecimento da existência de diversas trajetórias que possam conduzir ao mesmo fim ou que resultem da mesma posição inicial, advém da lógica da psicopatologia do desenvolvimento. É neste âmbito que os fatores individuais e contextuais ganham importância, influenciando tais trajetórias (Cicchetti & Cohen, 2006).

Desta forma, os aspetos individuais a ter em conta não só incluem as capacidades e/ou características que poderão ser fundamentais para o sucesso na adaptação durante a adolescência (e.g., as competências sociais), mas também as características que promovem ou previnem a aquisição de competências mais adaptativas. Os fatores contextuais considerados devem incluir condições a fim de avaliar a disponibilidade de recursos e oportunidades para desafio e para o crescimento, bem como das falhas e desajustamentos nesta fase (Aaron, Anne, & John, 1984).

Quanto maior perseverança numa trajetória inadaptativa, maior a probabilidade de desenvolvimento de comportamentos disfuncionais e mais árduo será o retorno a uma trajetória adaptativa. Neste âmbito e no intuito de prevenir o risco de trajetórias de desenvolvimento

inadaptativas, o conhecimento dos fatores de risco e de proteção são de extrema importância (Soares, 2000).

### **Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida**

Os Comportamentos Autolesivos na presente investigação são considerados como comportamentos que envolvem uma ação autolesiva intencional tal como, por exemplo, sobredosagem de fármacos ou cortar-se propositadamente. Este conceito vai de encontro ao conceito teórico de *Deliberate self-harm*, que admite todos os métodos de autolesão, reconhecendo as dificuldades de medição da intencionalidade suicida e não diferenciando, por isso, se estes comportamentos são ou não tentativas de suicídio (Skegg, 2005).

Neste âmbito, estes comportamentos com intenção de causar dano ao próprio podem ter uma intenção de morrer (suicida) e às quais se encontra por isso, inerente não só uma ideação e plano suicida mas uma tentativa de suicídio; ou, por outro lado, estes comportamentos existirem sem uma intenção de morrer (não suicida) – também denominados de *Non Suicidal Self-Injury* (NSSI), remetem somente para a destruição do próprio tecido corporal sem existir uma intenção de morrer, incluindo apenas os *self-cutting* e os comportamentos a esses associados, tais como arranhões e queimaduras (Nock, Joiner, Gordon, Richardson, & Prinstein, 2006).

Por outro lado, outro conceito que poderá ser confundido com os comportamentos autolesivos são os comportamentos suicidários, uma expressão muito ampla que abrange diversos termos, desde a ideação suicida até ao suicídio consumado (Saraiva, 2010).

Tendo isto em conta, o presente estudo tem subjacente o conceito teórico *Deliberate self-harm*, uma vez que não reconhece se existe ou não uma intenção suicida nos comportamentos autolesivos.

Por sua vez a Ideação Suicida, muitas vezes visualizada como precursor de Comportamentos Autolesivos ou atos suicidas, pode ser definida pelas cognições e/ou planos sobre findar com a própria vida, sem que exista a passagem ao próprio ato (Carvalho et al., 2013).

Alguns estudos têm-se debruçado sobre a associação destes dois conceitos e, demonstraram que quando controladas as condições demográficas e psiquiátricas existe uma relação curvilínea positiva entre a frequência dos comportamentos autolesivos não-suicidários e cada uma das dependentes do suicídio - ideação, plano e tentativa (Paul, Tsypes, Eidlitz, Ernhout, & Whitlock, 2015). Esta associação destes dois conceitos está também presente no facto de os indivíduos que se automutilam terem uma maior probabilidade de apresentarem ideação suicida (Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001).

A ocorrência de Comportamentos Autolesivos está frequentemente associada à Ideação Suicida, uma vez que existem comportamentos autolesivos com e sem ideação suicida. Dado que os comportamentos autolesivos tendem a ter características distintas dos comportamentos suicidários, introduziram-se no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) com a designação de *Non Suicidal Self-Injury* (NSSI – comportamentos autolesivos sem intenção suicida).

No que se refere a dados empíricos, segundo a World Health Organization (2017), o suicídio a nível global corresponde à segunda causa de morte entre jovens dos 15 aos 29 anos, ocorrendo cerca de 800.000 suicídios consumados por ano, correspondendo a uma pessoa a cada 40 segundos. Acredita-se que o suicídio representa apenas a ponta do iceberg e que, por detrás deste, poderão estar os comportamentos autolesivos (CAL) que, muitas vezes, são negligenciados e desvalorizados (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Segundo o estudo de Hawton, Saunders e O'Connor (2012), 10% dos adolescentes têm estes comportamentos sendo estes mais frequentes em raparigas. Estes comportamentos são de extrema importância uma vez que são um forte preditor de 40% dos suicídios (Monteiro, 2014).

Indivíduos com história de comportamentos e pensamentos autolesivos têm duas vezes mais risco de tentativas de suicídio subsequentes, e 1.5 mais de risco de morrerem por suicídio (Ribeiro et al., 2016). O estudo de Castelliví e colaboradores (2017) reforçou esta associação concluindo que, apesar de dois terços dos suicídios na adolescência ocorrerem sem a presença de comportamentos suicidários prévios, o grupo com estes comportamentos e pensamentos anteriores apresenta um risco muito maior de morrer por suicídio.

De acordo com dados nacionais, na unidade de internamento de pedopsiquiatria em Lisboa, concluiu-se que entre janeiro de 2006 e fevereiro de 2009, 4 a 12% dos internamentos foram estimulados por comportamentos autolesivos, cujas idades se situaram entre os 12 e 17 anos de idade (Cordovil, Crujo, & Guerreiro, 2009).

Foi realizada uma investigação com uma amostra de 628 adolescentes pelas escolas secundárias de Lisboa (10º, 11º e 12º ano) que verificou que 35% apresentaram comportamentos de automutilação e 48.2% já teve ideias de suicídio ao longo da vida (Oliveira, Amâncio, & Sampaio, 2001). Um estudo mais recente realizado em Portugal utilizou uma amostra de 1266 adolescentes, estudantes das escolas e Universidades Portuguesas, com idades compreendidas entre os 11 e 21 anos de idade, constatou 268 adolescentes reportaram ter pensamentos e comportamentos autolesivos (Cruz, 2013).

As linhas teóricas que pretendem compreender a etiologia dos Comportamentos Autolesivos são inúmeras, uma vez que são de uma tal complexidade não existindo nenhuma explicação definitiva para a mesma.

Das teorias sociológicas destaca-se um dos primeiros autores a propor uma explicação para esta temática, Émile Durkheim, que considerou o suicídio como um fenómeno marcadamente social. Desta forma, salienta que existiriam inúmeros fatores envolvidos que não apenas os psicológicos e psicopatológicos que interagem com fatores sociais e culturais.

Por outro lado, nas teorias cognitivas, Rudd, Joiner e Rajab (2001) sistematizaram uma teoria cognitivo-comportamental de compreensão e intervenção nos comportamentos suicidários e autolesivos, que assenta nos seguintes pressupostos: a) os pensamentos e comportamentos suicidários são secundários a construções de significado individual mal-adaptativos, onde a cognição é a componente central; b) existe uma relação interativa e interdependente entre os sistemas psicológicos e fisiológicos e o sistema de crenças suicidas; c) existe uma variabilidade individual (que depende do conteúdo e contexto dos sistemas psicológicos) no sistema de crenças suicidas, porém existe partilha de sentimentos de desespero, impotência, desesperança, sentimento de não ser amado e baixa tolerância à angústia; d) as vulnerabilidades cognitivas do indivíduo vão predispor-lo para a suicidalidade; e) existem três níveis onde residem os pensamentos e comportamentos e o sistema de crenças, o nível pré-consciente, o consciente e o metacognitivo.

Atualmente, os modelos que abordam a acoplagem de múltiplos fatores que estarão na origem dos comportamentos autolesivos têm sido o grande foco. Neste âmbito, realça-se ainda o modelo de autorregulação emocional de Klonsky (2007) que considera que nos comportamentos autolesivos a regulação emocional é uma das funções mais frequentes dado que estes são considerados consequências diretas ou indiretas de uma desregulação emocional ou de tentativas de modular reações emocionais intensas. Desta forma, estes comportamentos são aumentados por fatores distais relacionados com vulnerabilidades intrapessoais (e.g., baixa tolerância a situações de stress) e interpessoais (e.g., fracas competências de comunicação). As autolesões são precedidas de emoções negativas que, aquando da sua execução, o indivíduo experiencia a curto prazo uma sensação de alívio e calma que termina novamente em emoções negativas prolongadas. Este modelo é também, de certa forma, considerado no diagnóstico da perturbação *Non-Suicidal Self-Injury Disorder* (NSSI) do DSM-5 no seu critério B que refere os défices de regulação emocional.

É interessante refletir que a causa dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida aumenta o risco de suicídio para alguns indivíduos e não para outros. Neste sentido, Hamza,



Stewart e Willoughby (2012) propõem um modelo integrativo que prevê que os comportamentos autolesivos sem intenção suicida antecipem o comportamento suicida e, que neste sentido, existam três fatores a influenciar este risco: a) os níveis de *distress* intrapessoal, b) existência de uma terceira variável (e.g., características da Perturbação de Personalidade Borderline), c) *acquired capability for suicide*, adquirida pela habituação ao medo e à dor.

Por outro lado, a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner, reforça que, quanto mais o indivíduo se encontrar inserido nos contextos proximais do seu desenvolvimento, microssistema e mesossistema, maior será a sua rede de proteção (e.g., os amigos, família e trabalho) e, conseqüentemente, menores serão as suas perspectivas de se envolver em comportamentos de risco (Venturela, 2011). Desta forma, esta abordagem teórica enquadra-se no presente estudo uma vez que o próprio contexto, nomeadamente nos diferentes subsistemas defendidos por Brofenbrenner (1977), têm um forte impacto nos comportamentos dos adolescentes.

### **Fatores de Risco e de Proteção**

Considera-se como fatores de risco as circunstâncias, condições e/ou acontecimentos de vida, doenças ou características de personalidade que poderão aumentar a probabilidade de ocorrência destes comportamentos e que permitem estimar o grau de risco de suicídio (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

Neste âmbito, tem sido investigada uma diferenciação dos fatores que promovem os comportamentos autolesivos e os que estão associados ao risco de suicídio. Deste modo, os trabalhos de Hawton, Saunders e O'Connor (2012) sugerem diversos fatores conhecidos para os CAL em adolescentes e, de igual forma, quais destes são considerados fatores de risco para o suicídio. Assim sendo, são referenciados alguns dos quais são importantes para a presente investigação (Quadro 1).

## Quadro 1

### *Fatores de Risco para os Comportamentos Autolesivos em Adolescentes*

Sociodemográfico	Familiar	Individual
<ul style="list-style-type: none"><li>Sexo:<ul style="list-style-type: none"><li>CAL – feminino;</li><li>Suicídio – masculino</li></ul></li><li>Baixo nível socioeconómico*</li><li>Baixo nível educacional*</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Discórdias conjugais ou familiares</li><li>Dificuldades Interpessoais</li><li>Divórcio ou separação dos pais*</li><li>Morte de progenitor(es)*</li><li>Experiências adversas na infância*</li><li>Doença mental dos pais*</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Dificuldades na resolução de problemas sociais</li><li>Baixa autoestima</li><li>Perturbação mental* (e.g., depressão, ansiedade, hiperatividade com défice de atenção)</li><li>Abuso de álcool ou drogas*</li></ul>

*Nota.* \* Remete para os fatores que também estão presentes no risco de suicídio.

Por outro lado, os fatores protetores remetem para circunstâncias e características coletivas, individuais e socioculturais que, quando existem e são reforçadas, estão associadas à prevenção destes comportamentos (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014). Neste sentido, os trabalhos de Wasserman e Wasserman (2009), Saraiva e colaboradores (1996), e Cruz (2013) realçam fatores de proteção associados aos comportamentos autolesivos. Neste seguimento, são destacados alguns que são considerados pertinentes para a presente investigação (Quadro 2).

## Quadro 2

### *Fatores de Proteção para os Comportamentos Autolesivos em Adolescentes*

Social	Familiar	Individual
<ul style="list-style-type: none"><li>Relação positiva com amigos, colegas, professores e outros adultos</li><li>Ambiente escolar positivo</li><li>Participação em atividades desportivas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Coesão familiar</li><li>Relacionamento assente em confiança e apoio</li><li>Boa comunicação na família</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Perceção de uma autoestima positiva</li></ul>

Os comportamentos autolesivos nos adolescentes são, por isso, uma problemática de grande relevância, onde os sinais de sofrimento psicológico devem ser atendidos promovendo o bem-estar psicológico do adolescente. Este bem-estar não remete apenas para a inexistência de problemas ou perturbações psicológicas, mas também para as situações onde existe um ênfase nos recursos pessoais que promovem e auxiliam o funcionamento psicológico (Diener, 1994; Kazdin, 1993, citado por Bizarro, 2001).

## **Metodologia**

### **Objetivos de Investigação**

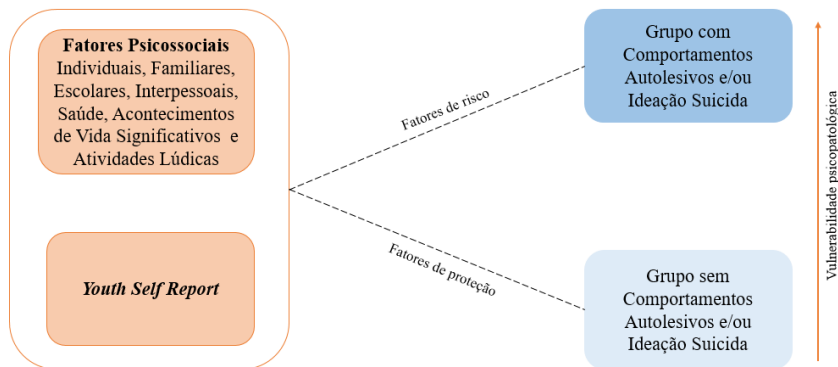
O objetivo geral deste estudo é investigar a importância relativa aos fatores psicossociais associados aos comportamentos autolesivos e à ideação suicida, numa amostra de adolescentes portugueses.

No que remete para os objetivos mais específicos, pretende-se:

1. Caracterizar globalmente a amostra, face às variáveis em estudo;
2. Comparar os resultados do grupo de participantes com e sem comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida;
3. Analisar a relação entre comportamentos autolesivos e a ideação suicida e a vulnerabilidade psicopatológica;
4. Identificar os fatores que contribuem como risco e proteção para tais comportamentos:
  - Fatores do sistema familiar (conflitos familiares, doenças na família, relações com a mãe e com o pai e o seu estilo educativo, dificuldades financeiras e a satisfação com a família);
  - Fatores no meio escolar (desempenho académico, reprovações, problemas na escola, ansiedade de desempenho, apoio nos estudos, planos futuros e satisfação na escola);
  - Fatores interpessoais (ter amigos na escola, turma e zona de residência, sentir-se excluído do grupo de amigos, ter apoio de um amigo próximo, comparação como os jovens da sua idade relativamente à relação com jovens, irmãos e pais e a satisfação com relações de amizade);
  - Fatores de saúde (satisfação com saúde, doença física ou queixa psicológica, ser seguido ou já ter sido seguido em consultas de psicologia e psiquiatria, consumo/abuso de substâncias);
  - Fatores individuais (sentir-se feliz, sentir-se bem, preocupar-se demais com coisas sem importância, satisfação com o próprio);
  - Outros fatores, tais como, a prática de desportos e atividades extracurriculares, e acontecimentos stressantes e situações difíceis vivenciadas pelo adolescente (acontecimentos de vida significativos).

## Mapa de Investigação

O mapa conceptual (Figura 1) expõe o tipo de relação com as variáveis analisadas no presente estudo. Pretende-se identificar qual a relação entre os fatores psicossociais (individuais, familiares, escolares, interpessoais, saúde, acontecimentos de vida significativos e atividades lúdicas) e os comportamentos autolesivos e a ideação suicida, e a forma como tais fatores poderão atuar como fatores de proteção e risco.



**Figura 1.** Mapa de Investigação.

## Participantes

Na presente investigação participaram 378 estudantes do ensino secundário de diversas áreas e cursos técnico-profissionais. Esta recolha foi feita em duas escolas distintas, uma escola pública do distrito de Setúbal (17 turmas) e um colégio do ensino privado do distrito de Lisboa (3 turmas). Foram eliminados todos os casos que não apresentavam ter o domínio da língua portuguesa, mantendo-se aqueles que embora tenham outra nacionalidade (e.g., inglesa) não revelam ter dificuldades na língua, uma vez que vivem em Portugal há muito tempo. Foram excluídos dois protocolos por estarem incompletos e cinco por terem mais de 19 anos de idade.

Desta forma, a amostra total é constituída por 371 adolescentes entre os 14 e os 19 anos ( $M = 16,36$ ;  $DP = 1,13$ ), onde 54% são do sexo feminino e 46% do sexo masculino. No que remete para a nacionalidade da amostra, a maioria é de nacionalidade portuguesa (92%). Relativamente à escolaridade da amostra, existe uma maior percentagem de adolescentes no 10º ano (48%) (Quadro 3).

### Quadro 3

#### *Características Sociodemográficas da Amostra*

Características	<i>n</i>	%
<b>Sexo:</b> Feminino	200	54
Masculino	171	46
<b>Nacionalidade:</b> Portuguesa	340	92
Dupla Nacionalidade	31	8
<b>Ano de Escolaridade:</b> 10º	177	48
11º	112	30
12º	82	22
<b>Número de Reprovações:</b> 0	257	69
1	86	23
2 ou mais	22	6
Sem Dados	6	2

Nota. N= 371

Quanto à situação conjugal dos pais dos participantes, estes encontram-se maioritariamente casados ou em união de facto (60%), 38% estão divorciados e 2% são viúvos. No que remete para o grau de escolaridade do pai grande parte completou o ensino secundário (47%) e o ensino superior (38%), e relativamente ao grau de escolaridade da mãe o mesmo se sucede, 47% no ensino secundário e 45% no ensino superior. No que se refere à situação profissional do pai 84% demonstram ter uma situação profissional ativa e, 85% referente à situação profissional ativa da mãe (Quadro 4).

### Quadro 4

#### *Características Sociodemográficas dos Pais dos Participantes*

Características	<i>n</i>	%
<b>Situação Conjugal:</b> Casados/União de Facto	223	60
Divorciados/Separados	142	38
Viúvo	6	2
<b>Escolaridade do Pai:</b> Ensino Básico	33	9
Ensino Secundário	174	47
Ensino Superior	140	38
Sem dados	24	7
<b>Escolaridade da Mãe:</b> Ensino Básico	23	6
Ensino Secundário	173	47
Ensino Superior	140	45
Sem dados	24	2
<b>Situação Profissional do Pai:</b> Com Atividade	312	84
Sem Atividade Atual	31	9
Sem Dados	25	7
<b>Situação Profissional da Mãe:</b> Com Atividade	316	85
Sem Atividade Atual	50	14
Sem Dados	5	1

Nota. N= 371

Para efeitos da análise vão ser considerados dois grupos:

- a) O grupo *Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida*, adiante designado como grupo SCIS, foi constituído pelos adolescentes que não reportaram quaisquer comportamentos autolesivos no item 18, nem de ideação suicida no item 91 (e.g., responderam como ‘0’ em ambos os itens);
- b) O grupo com *Comportamentos e/ou Ideação Suicida*, adiante designado como grupo CIS, foi constituído pelos adolescentes que reportaram comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida (e.g., responderam no item 18 e/ou no item 91 como ‘1’ e/ou ‘2’).

## **Instrumentos**

### **Questionário Psicossocial**

Para a recolha de dados dos adolescentes foi elaborado um Questionário Psicossocial (QP), onde é questionado a perceção que o adolescente tem de si próprio, relativamente aos diversos contextos de vida e das suas relações. Este questionário é constituído por 51 itens divididos em oito categorias: 1- *Dados Pessoais*; 2- *Família*; 3- *Escola*; 4- *Relações Interpessoais*; 5- *Saúde*; 6- *Perceção Pessoal*; 7- *Atividades Lúdicas*; 8- *Acontecimentos de Vida Significativos*.

No que remete para a primeira categoria, *Dados Pessoais*, esta é constituída por diversos fatores tais como a idade, o sexo, a nacionalidade e dimensão do agregado familiar.

A categoria da *Família* engloba questões que vão de encontro ao nível de escolaridade dos pais, assim como a sua situação profissional, o estado civil, doenças psiquiátricas, bem como presença de problemas de saúde graves na família, dificuldades financeiras, estilo educativo dos progenitores e de igual forma, a sua relação com os mesmos. Através de uma escala tipo *Likert*, é analisado o grau de satisfação, dividida em cinco pontos (“*Muito Insatisfeito/a*” – 1 ponto; “*Insatisfeito/a*” – 2 pontos; “*Nem Insatisfeito/a nem satisfeito*” – 3 pontos; “*Satisfeito/a*” – 4 pontos; “*Muito Satisfeito/a*” – 5 pontos).

Relativamente à categoria *Escola*, inclui questões que demonstram a perceção do aluno em relação ao seu desempenho escolar, da forma como se sente face as avaliações, planos de futuro e do mesmo modo, informação acerca de reprovações e apoios ao estudo. Nesta categoria é pedido uma avaliação sobre a forma como o aluno se sente na escola, através de uma escala tipo *Likert* dividida em cinco pontos (“*Muito mal*” – 1 ponto; “*Mal*” – 2 pontos; “*Nem mal nem bem*” – 3 pontos; “*Bem*” – 4 pontos; “*Muito bem*” – 5 pontos).

A categoria *Relações Interpessoais* enquadra questões sobre a existência de relação de amizade, de exclusão de grupos, da relação com irmãos relativamente a indivíduos da mesma faixa etária, compreendidas numa escala semelhante à da categoria *Família*.

A categoria *Saúde* inclui itens em relação à presença de doença crónica do foro físico e psicológico, acompanhamento clínico e consumo de substâncias tóxicas, sendo utilizada a escala da categoria *Família*.

Por outro lado, a categoria *Perceção Pessoal* que engloba itens relativamente à satisfação do adolescente consigo próprio, bem como a preocupações com aspetos gerais da vida. Nesta categoria, utilizou-se uma escala tipo *Likert* de quatro pontos (“*Quase nunca*” – 1 ponto; “*Algumas vezes*” – 2 pontos; “*Frequentemente*” – 3 pontos; “*Quase sempre*” – 4 pontos).

Por fim, a categoria *Acontecimentos de Vida Significativos e Atividades Lúdicas* que comporta itens sobre possíveis situações que revelem algum nível de stress existentes no presente ou no último ano de vida e à prática de desportos ou atividades extracurriculares.

### ***Youth Self Report***

O *Youth Self Report*, que pertence à bateria ASEBA (Achenbach et al., 2014), na sua versão portuguesa. Este instrumento é uma *checklist* com 112 itens de autoavaliação dos adolescentes, entre os 11 e os 18 anos de idade, permitindo documentar as semelhanças e as diferenças relativa à forma como o jovem se descreve a si mesmo e como os outros o descrevem. Nesta *checklist*, os adolescentes são questionados acerca da ocorrência de determinados comportamentos nos últimos seis meses, onde os mesmos assinalam uma das três possíveis respostas: ‘0’ quando a afirmação não é verdadeira, ‘1’ quando a afirmação é algumas vezes verdadeira e ‘2’ quando a afirmação é muito verdadeira.

Este instrumento tem 99 itens relativos a comportamentos-problemas que podem dividir-se em oito categorias (clusters/síndromes):

- Ansiedade/Depressão – que se encontra associada a diagnósticos de ansiedade e depressão – itens 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112;
- Isolamento/Depressão – associada ao isolamento ou mal-estar interpessoal – itens 5, 42, 65, 69, 75, 102, 103, 111;
- Queixas Somáticas – associada à tendência para a somatização – itens 47, 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g;
- Problemas Sociais – relacionada com problemas sociais e da personalidade – itens 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79;

- Problemas de Pensamento – relacionada com perturbações da forma e conteúdo do pensamento - itens 9, 18, 40, 46, 58, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 100;
- Problemas da Atenção – associada ao diagnóstico categorial da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção – itens 1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78;
- Comportamento Delinquente – associado a comportamentos desafiadores ou agressivos e antissociais. Relacionado com perturbações da conduta – itens 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105;
- Comportamento Agressivo – apresenta comportamentos de desafio aberto; associada a perturbações de oposição – itens 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 89, 94, 95, 97, 104.

Existe ainda uma categoria, designada por Outros Problemas, que permite identificar a medida global Total de Problemas. Para além desta, existem 14 itens (itens 6, 15, 49, 59, 60, 73, 80, 88, 92, 98, 106, 107, 108, 109) que remetem para Atributos Positivos e características que são socialmente desejáveis, como por exemplo “posso ser muito amigável”.

Para além das síndromes/clusters, as pontuações dos adolescentes podem ainda ser agrupadas em duas escalas mais amplas: a) a Internalização – que envolve a Ansiedade/Depressão, o Isolamento/Depressão, e as Queixas Somáticas; b) Externalização – remete para conflitos com outras pessoas e integra o Comportamento Delinquente e o Comportamento Agressivo.

Por fim, existe outra medida final, os Problemas Mistos, que integra os Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção e pelos Outros Problemas.

### **Procedimento**

Após o parecer favorável da Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, iniciou-se o contacto com as escolas para pedido de colaboração e entrega do pedido de autorização do presente estudo. Depois da autorização da escola, foi enviado um Consentimento Informado para os pais dos alunos, para que estes pudessem autorizar os seus educandos a participar no estudo.

A recolha de dados foi realizada entre janeiro e março de 2018, em sala de aula, tendo demorado sensivelmente 40 minutos em cada aplicação. Em cada sala de aula estiveram sempre presentes duas investigadoras a monitorizar a aplicação e a esclarecer dúvidas aos alunos. Inicialmente foi aplicado o YRS, seguido do *Questionário Psicossocial*.

Foi constituída uma base de dados com a informação do YRS e do *Questionário Psicossocial* no SPSS (versão 24). No que se refere ao YSR, foi realizada a estatística descritiva e a análise



de variâncias através da estatística F para as variáveis com distribuição normal e, o teste Mann-Whitney para as variáveis com distribuição não paramétrica. Neste âmbito foram ainda realizadas correlações de Spearman (não paramétricas) do Item18 e Item91 e análises de regressão logística dos Item18 e Item91, ambas com as diferentes dimensões do YSR.

Relativamente ao Questionário Psicossocial, foi utilizada a estatística descritiva para a amostra total e para os dois grupos (*Comportamentos e/ou Ideação Suicida* – CIS; *Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida* – SCIS). A partir das variáveis do Questionário Psicossocial foram realizadas correlações de Spearman (não paramétricas), testes de  $\chi^2$  e, por fim, análises de regressão logística com o intuito de identificar os potenciais preditores das variáveis dependentes, i.e., Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida.

## Apresentação e Análise dos Dados

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos com o *Youth Self Report* (YSR), tendo como base as normas portuguesas relativas ao grupo normativo e ao grupo clínico (Achenbach et al., 2014), e os resultados do Questionário Psicossocial (QPS). Posteriormente, serão também analisados em conjunto os resultados destas duas provas.

### Análise dos resultados do *Youth Self Report* (YSR)

Existe uma boa consistência interna das diferentes medidas do YSR, evidenciada pelos valores de *alpha* de Cronbach (ver Quadro 5), similares ao da amostra normativa portuguesa, destacando-se o *alpha* relativo à *Ansiedade/Depressão* (.83) como mais elevado do que a amostra normativa portuguesa (.74).

No que se refere às médias das diversas dimensões do YSR, elas são elevadas face à amostra normativa, estando mais próximo das médias do grupo clínico. Neste sentido, elas sugerem que globalmente os participantes da amostra em estudo apresentam maior vulnerabilidade clínica que a população normativa desta faixa etária.

Relativamente às diferenças ao nível do sexo na amostra em estudo, estas foram encontradas nas medidas *Ansiedade/Depressão* e *Queixas Somáticas*, onde o sexo feminino apresentou valores mais elevados (Quadro 5). O mesmo se observa na amostra normativa portuguesa onde se verificou diferenças nestas duas medidas que se demonstraram igualmente mais elevadas no sexo feminino.

### Quadro 5

*Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise de Variância por Sexo*

	Amostra Total (N = 371)			Sexo Feminino (n = 200)		Sexo Masculino (n = 171)		Variância entre sexos
	Min – Max.	Alpha	M (DP)	Min – Max.	M (DP)	Min – Max.	M (DP)	F
Ansiedade/Depressão	0 – 26	.83	7.25 (4.69)	0 – 23	8.59 (4.78)	0 – 23	5.68 (4.06)	5.38*
Isolamento/Depressão	0 – 16	.75	5.00 (3.05)	0 – 13	5.22(3.12)	0 – 14	4.75(2.95)	.15
Queixas Somáticas	0 – 20	.75	4.16 (3.19)	0 – 18	5.19(3.33)	0 – 15	2.96 (2.55)	11.59**
Problemas Sociais	0 – 22	.69	3.48 (2.89)	0 – 15	3.75(2.95)	0 – 15	3.16 (2.73)	2.83
Problemas Pensamento	0 – 24	.75	5.10 (3.93)	0 – 17	5.54(4.00)	0 – 19	4.59 (3.79)	1.47
Problemas de Atenção	0 – 16	.71	6.26 (3.12)	0 – 15	6.21(3.07)	0 – 16	6.32 (3.25)	.57
Comportamento Delinquente	0 – 30	.70	4.75 (3.23)	0 – 16	4.33(3.04)	0 – 20	5.25 (3.42)	1.24
Comportamento Agressivo	0 – 34	.72	7.30 (4.04)	0 – 21	7.74(4.04)	0 – 21	6.80 (3.99)	.10
Outros Problemas	0 – 20	.44	4.87 (2.61)	0 – 12	5.00(2.56)	0 – 14	4.73 (2.67)	.34
Problemas Mistos	0 – 32	.76	19.71(9.88)	0 – 48	20.48(10.04)	1 – 43	18.80(9.64)	.27
Internalização	0 – 31	.75	16.41(9.11)	0 – 51	19.00 (9.15)	0 – 52	13.39 (8.11)	2.56
Externalização	0 – 32	.64	12.05 (6.23)	0 – 32	12.06 (6.10)	0 – 36	12.05 (6.50)	.76
Total Problemas	2 – 210	.93	48.17(21.63)	0 – 114	51.53 (22.26)	2 – 105	44.23(20.70)	.26

Nota. Os valores do YSR são expressos em resultados brutos.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

Quanto à idade, não foram encontradas diferenças significativas, nas médias das diversas dimensões do YSR, entre os adolescentes de duas categorias de idade: 14 – 16 anos e 17 – 19 anos (ver Quadro 6).

#### Quadro 6

*Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise de Variância por Grupos de Idade*

	Adolescentes (14 aos 16 anos) (n = 212)		Adolescentes (17 aos 19 anos) (n = 159)		Variâncias entre grupos de idade
	Min – Máx.	Média (DP)	Min – Máx.	Média (DP)	F
Ansiedade/Depressão	0 – 22	7.44 (4.70)	0 – 23	6.98 (4.67)	9.19
Isolamento/Depressão	0 – 13	4.83 (3.01)	0 – 14	5.23 (3.10)	.00
Queixas Somáticas	0 – 18	4.14 (3.21)	0 – 18	4.19 (3.18)	.47
Problemas Sociais	0 – 15	3.42 (2.78)	0 – 15	3.56 (2.97)	.48
Problemas Pensamento	0 – 17	4.98 (3.80)	0 – 19	5.26 (4.10)	1.29
Problemas de Atenção	0 – 15	6.06 (3.13)	0 – 16	6.53 (3.17)	.18
Comportamento Delinquente	0 – 20	4.44 (3.14)	0 – 20	5.16 (3.35)	.22
Comportamento Agressivo	0 – 21	7.05 (3.99)	0 – 21	7.64 (4.09)	.31
Outros Problemas	0 – 14	4.80 (2.72)	0 – 12	4.96 (2.46)	.87
Problemas Mistos	0 – 48	19.25 (9.98)	1 – 44	10.31 (9.74)	.00
Internalização	0 – 45	16.41 (9.07)	1 – 52	16.41 (9.20)	.55
Externalização	0 – 36	11.50 (6.36)	0 – 31	12.80 (6.11)	.64
Total Problemas	3 – 114	47.15 (22.48)	2 – 112	49.52 (47.00)	.94

*Nota.* Os valores do YSR são expressos em resultados brutos.

Os valores de F são todos não significativos.

Na comparação dos resultados dos dois grupos em análise neste estudo – (a) grupo de participantes *Sem Comportamento e/ou Ideação Suicida* (SCIS) e (b) grupo de participantes com *Comportamento e/ou Ideação Suicida* (CIS) – é possível verificar que existe: uma média mais elevada no grupo CIS, face ao grupo SCIS; e diferenças significativas entre os grupos em todas as dimensões do YSR (ver Quadro 7).

Quando comparados com os dados da amostra clínica portuguesa, é possível observar que os valores do grupo com CIS são, em todas as medidas do YSR, mais elevados, o que indicia que estamos perante uma amostra com uma grande vulnerabilidade psicopatológica.

## Quadro 7

*Estatística Descritiva das Medidas do YSR e Análise do Grupo com Comportamento e/ou Ideação Suicida e o Grupo Sem Comportamento e/ou Ideação Suicida*

	Grupo Sem Comportamento e/ou Ideação Suicida		Grupo com Comportamento e/ou Ideação Suicida		Teste Mann-Whitney	
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn	U	p
Ansiedade/Depressão	6.16 (3.80)	6	11.74 (5.35)	11	17 183.50	.000
Isolamento/Depressão	4.36 (2.60)	4	7.64 (3.38)	8	16 607.50	.000
Queixas Somáticas	3.70 (2.83)	3	6.08 (3.85)	5	14 859.00	.000
Problemas Sociais	2.88 (2.32)	2	5.96 (3.50)	6	16 526.50	.000
Problemas Pensamento	4.22 (3.20)	4	8.76 (4.53)	8	17 109.00	.000
Problemas de Atenção	5.91 (3.10)	6	7.72 (2.94)	8	14 340.50	.000
Comportamento Delinquente	4.46 (3.19)	4	5.97 (3.27)	5	13 964.00	.000
Comportamento Agressivo	6.75 (3.82)	6	9.60 (4.13)	10	15 027.00	.000
Outros Problemas	4.59 (2.52)	4	6.06 (2.67)	6	14 191.50	.000
Problemas Mistos	17.59 (8.59)	16	28.50 (10.09)	29	17 019.50	.000
Internalização	14.23 (7.35)	13	25.46 (10.16)	23.50	17 596.00	.000
Externalização	11.21 (5.99)	10	15.57 (6.23)	15	15 120.50	.000
Total Problemas	43.02(18.27)	41	69.53 (22.54)	68.50	17 575.50	.000

Ao considerar as correlações entre as diversas medidas do YSR com os Comportamentos Autolesivos (Item18) e a Ideação Suicida (Item19) é possível verificar que ambos os itens têm o mesmo tipo de associação, embora com magnitudes diferentes (ver Quadro 8). A associação do Item18 com o Item91 revela uma correlação de .44, que embora tenha importância, não é muito elevada, explicando cerca 20% da variância. Tal significa que 20% dos adolescentes têm simultaneamente comportamentos autolesivos e ideação suicida, sugerindo que existem muitos casos de comportamentos autolesivos que não estão associados à ideação suicida.

No que remete para a análise do Item18, do Item91 e do Total (Item18+Item91) com as dimensões do YSR, é possível observar uma maior associação destas dimensões com o Total (Item18+Item91), tal acontece dado que este é um somatório dos dois Itens em análise. Neste âmbito, a *Ansiedade/Depressão* encontra-se mais associada à ideação suicida do que aos comportamentos autolesivos e os *Problemas de Pensamento* mais associados aos comportamentos autolesivos do que à ideação suicida.

## Quadro 8

*Correlações (Spearman) do Comportamento Autolesivo (Item18), da Ideação Suicida (Item91) com as dimensões do YSR*

	Item18	Item91	Total (Item18 + Item91)
Item18	---	.441**	.858**
Item91	.441**	---	.763**
Ansiedade/Depressão	.335**	.399**	.421**
Isolamento/Depressão	.333**	.344**	.385**
Somática	.245**	.239**	.272**
Problemas Sociais	.343**	.316**	.380**
Problemas Pensamento	.397**	.315**	.415**
Problemas de Atenção	.236**	.193**	.238**
Comportamento Delinquente	.197**	.123*	.203**
Comportamento Agressivo	.266**	.246**	.283**
Outros Problemas	.199**	.176**	.224**
Internalização	.370**	.400**	.446**
Externalização	.269**	.222**	.284**
Problemas Mistos	.380**	.324**	.408**
Total YSR	.393**	.370**	.443**

Nota.  $N = 371$ .

\*  $p < .05$  (bilateral); \*\*  $p < .01$  (bilateral).

A regressão logística a partir das medidas do YSR revelou como preditor de comportamento e/ou ideação suicida dois indicadores de internalização e um indicador de problemas mistos, correspondente às seguintes dimensões: *Ansiedade/Depressão* ( $\chi^2_{Wald}(1) = 11.292$ ;  $p = .001$ ), *Problemas Pensamento* ( $\chi^2_{Wald}(1) = 7.063$ ;  $p = .008$ ), *Isolamento/Depressão* ( $\chi^2_{Wald}(1) = 4.898$ ;  $p = .027$ ) (ver Quadro 9), permitindo predizer 43% dos casos com Comportamentos e/ou Ideação Suicida.

## Quadro 9

*Regressão Logística relativa ao Comportamento Autolesivo e à Ideação Suicida a partir dos dados do YSR*

	Wald	gl	Sig.
Ansiedade/Depressão	11.292	1	.001
Isolamento/Depressão	4.898	1	.027
Problemas Sociais	.621	1	.431
Problemas Pensamento	7.063	1	.008
Comportamento Delinquente	1.536	1	.215
Comportamento Agressivo	.878	1	.349

## Análise dos resultados do Questionário Psicossocial

Os resultados obtidos com o *Questionário Psicossocial* da amostra total são apresentados para as diferentes categorias (*Família, Escola, Relações Interpessoais, Saúde, Acontecimentos de Vida Significativos e Percepção Pessoal*) no Anexo E.

No que diz respeito à categoria da *Família*, a maioria dos adolescentes inquiridos não tem ‘Dificuldades Financeiras’ (82%), sente-se ‘Satisfeito ou Muito Satisfeito com a sua Família’ (83%) e com as relações familiares (70%) e 56% não vivencia ‘Conflitos Familiares.

Maioritariamente, os jovens encontram-se mais satisfeitos com a ‘Relação com a Mãe’ (87%) do que com a ‘Relação com o Pai’ (69%). Apesar de cerca de metade dos jovens considerarem o ‘Estilo Educativo do Pai’ como sendo adequado (59%), existe um número considerável que considera o ‘Estilo Educativo do Pai’ como não adequado (34%). Mais de metade dos adolescentes não tem familiares com problemas de saúde graves (74%) nem com doenças psiquiátricas (86%).

Relativamente à *Escola*, mais de metade dos participantes consideraram ter notas médias (79%), sem ‘Reprovações’ (69%), sem ‘Problemas na Escola’ (68%) e sentiram-se ‘Satisfeitos ou Muito Satisfeitos na Escola’ (58%), com apoio nos estudos (74%), e com o intuito de no futuro e prosseguir os estudos (76%). Contudo, 59% refere sentir-se ansioso antes, durante ou depois das avaliações, i.e., ‘Ansiedade de Desempenho’.

Quanto à categoria *Relações Interpessoais*, a maioria dos adolescentes considerou ter mais de quatro amigos (66%) e sentir-se satisfeito ou muito satisfeito nas relações de amizade (84%). Alguns adolescentes referiram já se terem sentido excluídos do seu grupo de amigos (40%), sentirem o apoio de um amigo (84%), e terem um confidente (69%). Cerca de metade (48%) dos jovens referem ter 3 ou mais amigos próximos, ter uma relação melhor com os irmãos (46%), nem melhor nem pior com jovens (57%) e melhor com os seus pais (55%) do que comparativamente com os outros jovens da sua idade.

Relativamente à categoria *Saúde*, a maioria dos adolescentes sente-se ‘Satisfeitos ou Muito Satisfeitos quanto à sua Saúde’ (72%), não fumam (76%), e cerca de metade (49%) consome bebidas alcoólicas raramente e 7% frequentemente. Mais de metade dos adolescentes refere não ter nenhuma doença do foro físico (90%) e nenhuma queixa do foro psicológico (91%).

No que diz respeito ao ‘Acompanhamento Psicológico/Psiquiátrico’, cerca de um terço (30%) já teve este seguimento clínico no passado, e um reduzido número de adolescentes frequenta ‘Consultas de Psicologia/Psiquiatria no Presente’ (7%).

Relativamente a *Acontecimentos de Vida Significativos e Atividades Lúdicas*, cerca de dois terços (68%) dos adolescentes experienciou um ‘Acontecimento Stressante no Passado’, sendo que 37% dos adolescentes estão a vivenciar um ‘Acontecimento Stressante no Presente’. No que se refere às ‘Práticas Desportivas’ a maioria dos adolescentes refere praticar uma ou mais vezes por semana (78%), tal como as ‘Atividades Extracurriculares’ (76%).

Na categoria *Perceção Pessoal*, a maioria dos adolescentes demonstra ter uma ‘Perceção Pessoal Global’ positiva (perceção medianamente satisfatória – 46% - e perceção satisfatória – 40%), ‘Sentir-se Bem’ (frequentemente – 43%, e quase sempre – 36%) e ‘Sentir-se Feliz’ (quase sempre – 43%, e frequentemente – 38%).

É ainda fundamental analisar os dados deste mesmo questionário para os participantes dos grupos em estudo, i.e., participantes com *Comportamentos e/ou Ideação Suicida* (CIS) e participantes *Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida* (SCIS).

No que diz respeito à categoria *Família* (Quadro 10), cerca de dois terços (64 %) do grupo CIS refere a ocorrência de ‘Conflitos Familiares’ enquanto apenas um terço (37%) dos participantes do grupo SCIS o refere. No que remete para a *Relação com os Pais*, esta apresenta valores mais elevados quando é percebida como negativa de participantes CIS (pai – 13% e mãe – 7%) do que no grupo de participantes SCIS (pai – 6% e mãe – 2%). Não obstante, a ‘*Relação com o Pai*’ em ambos os grupos apresenta-se mais frequente como negativa do que a ‘*Relação com a Mãe*’.

Relativamente ao estilo educativo dos pais, o estilo adequado é sobretudo identificado com mais frequência na mãe (58%) do que no pai (33%) no grupo de participantes CIS, enquanto no grupo de participantes SCIS, a maioria dos adolescentes considera que os pais têm um estilo educativo adequado (Pai – 65%, Mãe – 77%).

No que remete para a ‘*Satisfação com a Família*’, os adolescentes na sua maioria sentem-se satisfeitos em ambos os grupos de participantes.

A maioria dos adolescentes de ambos os grupos não tem ‘*Familiares com Problemas de Saúde Graves*’ (SCIS – 74%; CIS – 71%) nem ‘*Familiares com Doença Psiquiátrica*’ (SCIS – 88%; CIS – 78%).

## Quadro 10

*Estatística Descritiva da categoria Família do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS)*

	Grupo SCIS				Grupo CIS			
	<i>n</i>	%	<i>Mdn</i>	<i>Md</i>	<i>n</i>	%	<i>Mdn</i>	<i>Md</i>
<b>Família</b>								
<b>Conflitos familiares:</b> (0)Não	183	61	0	0	26	36	1	1
(1/2)Sim e Por vezes	111	37			46	64		
<b>Famíliares com Doença Psiquiátrica:</b> (0)Não	262	88	0	0	56	78	0	0
(1/2)Sim e Por vezes	33	11			15	21		
<b>Dificuldades Financeiras:</b> (0)Não	256	86	0	0	49	68	0	0
(1)Sim	40	13			20	28		
<b>Relação com o Pai:</b> (1)Negativa	19	6	3	3	9	13	2	3
(2)Média	43	14			26	36		
(3)Positiva	223	77			32	44		
<b>Relação com a Mãe:</b> (1)Negativa	5	2	3	3	5	7	3	3
(2)Média	17	6			13	18		
(3)Positiva	271	91			53	74		
<b>Estilo Educativo Pai:</b> (1)Adequado	195	65	1	1	24	33	2	2
(2)Não Adequado	83	28			42	58		
<b>Estilo Educativo Mãe:</b> (1)Adequado	231	77	1	1	42	58	1	1
(2)Não Adequado	62	21			30	42		
<b>Satisfação na Família:</b> (1) Insatisfeito	21	7	3	3	6	7	3	3
(2) = Indiferente	16	5			17	24		
(3) = Satisfeito	258	86			49	68		
<b>Relações e Satisfação na Família:</b> (1)Não satisfeitos	8	3	3	3	5	7	3	3
(2)Nem Sat. Nem Insat.	49	16			25	35		
(3)Satisfeitos	222	74			36	50		
<b>Famíliares com Problemas Saúde Graves:</b> (0)Não	222	74	0	0.25	51	71	0	0.28
(1)Sim	74	25			20	28		
<b>Famíliares com Doença Psiquiátrica:</b> (0)Não	262	88	0	0.11	56	78	0	0.21
(1)Sim	33	11			15	21		

Relativamente à *Escola*, no grupo de participantes CIS é importante realçar que metade dos adolescentes sente-se indiferente relativamente à sua ‘Satisfação na Escola’ (50%), comparativamente ao grupo SCIS (32%) (Quadro 11). Em ambos os grupos, a maioria dos adolescentes já obtiveram reprovações escolares, nunca tiveram problemas na escola, e não sentem nenhum apoio relativamente aos seus estudos.

A maioria dos adolescentes, em ambos os grupos, refere ter notas médias (SCIS – 78%; CIS – 83%), sentir-se ansioso perante testes e trabalhos (SCIS – 58%; CIS – 64%), e com o intuito de prosseguir os estudos no futuro (SCIS – 76%; CIS – 74%).



## Quadro 11

*Estatística Descritiva da categoria Escola do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS)*

	Grupo SCIS				Grupo CIS			
	<i>n</i>	%	Mdn	M	<i>n</i>	%	Mdn	M
<b>Escola</b>								
<b>Satisfação na Escola:</b> (1)Mal	15	5	3	3	10	14	2	2
(2)Indiferente	95	32			36	50		
(3)Bem	189	63			26	36		
<b>Reprovações:</b> (0)Não	76	25	0	0	29	40	0	0
(1)Sim	222	75			43	60		
<b>Problemas na Escola:</b> (0)Não	209	70	0	0	43	60	0	0
(1) Sim	89	30			29	40		
<b>Apoio nos Estudos:</b> (0)Não	228	76	1	1	45	63	1	1
(1)Sim	66	22			25	35		
<b>Desempenho Acadêmico:</b> (1)Notas baixas	16	5			2	3	2	2.11
(2)Notas médias	234	78			60	83		
(3)Notas altas	46	15			10	14		
<b>Ansiedade Desempenho:</b> (≤ 3)Calmo	30	10	3	2.49	8	11	3	2.53
(4)Nem calmo nem Ansioso	87	29			18	25		
(5 – 6)Ansioso	173	58			46	64		
<b>Planos Futuros:</b> (1)Estudar	228	76	1	1.37	53	74	1	1.36
(2)Trabalhar	41	14			13	18		
(3)Estudar/Trabalhar	17	6			5	7		
(4)Outros Planos	12	4			1	1		

Quanto à categoria das *Relações Interpessoais*, é importante frisar que mais de metade dos adolescentes do grupo de participantes CIS já se sentiram ‘Excluídos do Grupo de Amigos’ (69%) comparativamente ao grupo de participantes SCIS (33%) (Quadro 12). No que remete para o apoio de amigos, no grupo CIS, quase um terço (26%) dos adolescentes refere não ter o ‘Apoio de um Amigo’ quando tem um problema, comparativamente a 6% no grupo SCIS. No grupo de participantes SCIS, dois terços dos adolescentes referem ter mais 4 ou mais amigos, enquanto no grupo CIS um terço dos adolescentes o refere. Relativamente à ‘Satisfação com os Amigos’, ainda que em ambos os grupos a maioria dos adolescentes se sinta satisfeito, 25% dos adolescentes no grupo de participantes CIS sente-se indiferente.

A maioria dos adolescentes refere ter um confidente (SCIS – 68%; CIS – 72%) e cerca de metade refere ter pelo menos 3 relações próximas (SCIS – 49%; CIS – 47%). Quanto à comparação com os outros jovens da sua idade, cerca de metade dos adolescentes referem ter uma relação melhor com os irmãos (48%) no grupo SCIS enquanto no grupo CIS cerca de 1 terço (40%) refere sentir a relação como nem melhor nem pior. Relativamente à relação com os outros jovens, em ambos os grupos, cerca de metade refere sentir a relação como nem melhor nem pior (SCIS – 58%; CIS – 51%), e a relação com os pais maioritariamente (58%) melhor no grupo SCIS, e como cerca de metade nem melhor nem pior (46%) no grupo CIS.

## Quadro 12

*Estatística Descritiva da categoria Relações Interpessoais do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS)*

	Grupo SCIS				Grupo CIS			
	<i>n</i>	%	Mdn	M	<i>n</i>	%	Mdn	M
<b>Relações Interpessoais</b>								
<b>Ter amigos (escola, turma e residência):</b>			3	3			2	3
(até 2) Poucos	10	3			10	14		
(até 3) Alguns	60	20			23	32		
(4 +) Ter amigos	213	71			32	44		
<b>Excluído do Grupo de Amigos:</b> (0) Não	200	67	0	0	22	31	1	1
(1) Sim	97	33			50	69		
<b>Apoio Amigo:</b> (0) Não	19	6	1	1	19	26	1	1
(1) Sim	263	88			48	67		
<b>Satisfação Amigos:</b> (1) Muito Insat./Insat.	12	4	3	2,8	9	12	3	2,5
(2) Nem Insat. nem Satis.	18	6			18	25		
(3) Satisfeito / Muito Satis.	265	89			45	62		
<b>Confidente:</b> (0) Não	93	31	1	0.69	19	26	1	0.73
(1) Sim	203	68			52	72		
<b>Relação Próxima:</b> (0) Apenas um amigo	35	12	3	2.39	14	19	3	2.30
(1) Dois	99	33			18	25		
(2) Três	145	49			34	47		
<b>Relação Irmãos:</b> (0) Não tenho	50	17	2	2.10	8	11	2	2.10
(1) Pior	13	4			5	7		
(2) Nem melhor nem pior	89	30			29	40		
(3) Melhor	142	48			28	39		
<b>Relação Jovens:</b> (1) Pior	4	1	2	2.38	11	15	2	2.18
(2) Nem melhor nem pior	173	58			37	51		
(3) Melhor	115	39			24	33		
<b>Relação Pais:</b> (1) Pior	9	3	3	2.56	9	13	2	2.29
(2) Nem melhor nem pior	112	38			33	46		
(3) Melhor	173	58			30	42		

No que remete para a categoria da *Saúde*, existe uma maior % de adolescentes insatisfeitos com a sua saúde no grupo de participantes com CIS (19%) do que no grupo de participantes SCIS (9%). Todavia, em ambos os grupos pelo menos metade dos adolescentes sente-se satisfeito com a sua saúde. No grupo de participantes CIS, o contacto com ‘Consultas de Psicologia e/ou Psiquiatria no Passado’ encontra-se numa % maior neste grupo (49%) do que no grupo de participantes SCIS (26%). No que remete para um seguimento psicológico ou psiquiátrico no presente e para a doença física, o grupo CIS apresente uma percentagem mais elevada (18%) do que o grupo SCIS (5%). Relativamente aos consumos de álcool e tabágicos um terço (33%) da amostra inquirida no grupo CIS recorre frequentemente aos mesmos, e no grupo SCIS a frequência é de 22% (Quadro 13).

### Quadro 13

*Estatística Descritiva da categoria Saúde do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS)*

	Grupo SCIS				Grupo CIS			
	<i>n</i>	%	Mdn	M	<i>n</i>	%	Mdn	M
<b>Saúde</b>								
<b>Satisfação com a Saúde:</b> (1)Insatisfeito	26	9	3	3	14	19	2,50	3
(2)Indiferente	40	13			22	31		
(3)Satisfeito	233	78			36	50		
<b>Doença Física:</b> (0)Não	275	92	0	0	59	82	0	0
(1)Sim	16	5			13	18		
<b>Queixa Psicológica:</b> (0)Não	285	95	0	0	51	71	0	0
(1)Sim	11	4			20	28		
<b>Consulta de Psicologia/Psiquiatria no</b>			0	0			0	0
<b>Passado:</b> (0)Não	219	73			37	51		
(1)Sim	77	26			35	49		
<b>Seguido por Psicólogo/Psiquiatria no</b>			0	0			0	0
<b>Presente:</b> (0)Não	283	95			57	79		
(1)Sim	14	5			13	18		
<b>Consumo Alcool e Fumo:</b> 0	225	75	0	0	50	69	0	0
1	37	12			13	18		
2	30	10			9	13		

Relativamente à categoria de *Percepção Pessoal*, uma percentagem bastante significativa no grupo de participantes CIS tem uma percepção de insatisfação (44%) em comparação com o grupo de participantes SCIS (5%); neste sentido vai também de encontro a ‘Satisfação com o Próprio’, onde os adolescentes do grupo de participantes CIS demonstram sentirem-se mais insatisfeitos consigo mesmos (quase nunca satisfeitos – 22% e algumas vezes – 47 %) do que quando comparados com o grupo de participantes SCIS (quase nunca satisfeitos – 3% e algumas vezes – 23%). No que remete para os adolescentes inquiridos sentirem-se bem, apenas 15% do grupo CIS referem sentir-se quase sempre bem, enquanto no grupo SCIS a percentagem é de 44%. O mesmo acontece com a percepção dos adolescentes sobre a sua felicidade, onde no grupo CIS apenas 28% refere sentir-se quase sempre feliz, e no grupo SCIS 48% (Quadro 14).

#### Quadro 14

*Estatística Descritiva da categoria Percepção Pessoal do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS)*

	Grupo SCIS				Grupo CIS			
	<i>n</i>	%	Mdn	M	<i>n</i>	%	Mdn	M
<b>Percepção Pessoal</b>								
<b>Sentir Bem:</b> (1)Quase Nunca	1	0.3	3	3	6	8	3	3
(2)Algumas Vezes	42	14			28	39		
(3)Frequentemente	132	44			27	38		
(4)Quase Sempre	124	42			11	15		
<b>Sou Feliz:</b> (1) Quase Nunca			3	4	3	4	3	3
(2)Algumas Vezes	35	12			33	46		
(3)Frequentemente	119	40			20	28		
(4)Quase Sempre	144	48			16	22		
<b>Satisfação com o Próprio:</b> (1)Quase nunca	8	3	3	4	16	22	2	2
(2)Algumas vezes	70	23			34	47		
(3)Frequentemente	109	37			14	19		
(4) Quase sempre	112	38			8	11		
<b>Percepção Pessoal Global:</b> (1)Percepção de Insatisfação	16	5	2	2	32	44	2	1
(2)Percepção Medianamente Satisfatória	145	48			27	38		
(3)Percepção Satisfatória	137	46			13	18		

Quanto aos *Acontecimentos de Vida Significativos*, os adolescentes de ambos os grupos passaram por um ‘Acontecimento Stressante Passado’ (CIS – 79%; SCIS – 66%), mas apenas no grupo de participantes com CIS mais de metade destes adolescentes encontra-se a viver por uma situação difícil (CIS – 57%; SCIS – 33%) (Quadro 15).

Relativamente às práticas de desporto e atividades extracurriculares, em ambos os grupos, cerca de dois terços pratica uma ou mais vezes por semana.

#### Quadro 15

*Estatística Descritiva da categoria Acontecimentos de vida significativos do Questionário Psicossocial e Análise do Grupo com Comportamentos e/ou Ideação Suicida (CIS) e o Grupo Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida (SCIS)*

	Grupo SCIS				Grupo CIS			
	<i>n</i>	%	Mdn	M	<i>n</i>	%	Mdn	M
<b>Acontecimentos de vida significativos</b>								
<b>Acontecimento Stressante Passado:</b> (0)Não	101	34	1	1	13	18	1	1
(1)Sim	196	66			57	79		
<b>Acontecimento Stressante Presente:</b> (0)Não	198	66	0	0	30	42	1	
(1)Sim	99	33			39	57		1
<b>Prática Desportos:</b> (0)Não	48	16	2	1.64	22	31		1.39
(1)< 1 vez por semana	11	4			-	-		
(2)1 ou + vezes por semana	240	80			50	69		
<b>Atividades Extracurriculares:</b> (0)Não	34	11	2	1.64	14	19	2	1.56
(1)< 1 vez por semana	39	13			4	6		
(2)1 ou + vezes por semana	226	76			54	75		

### Fatores Psicossociais Associados a Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida

Esta análise foi centrada nos itens 18 (correspondente aos Comportamentos Autolesivos) e ao item 91 (correspondente à Ideação Suicida), e ao item 18 e/ou 91 (correspondente aos

Comportamentos e/ou Ideação Suicida) e aos itens do questionário psicossocial associados a fatores de risco apontados na literatura.

### Família

No que remete para a categoria *Família*, na amostra total (AT) não existem correlações elevadas entre os jovens com Comportamentos Autolesivos e os jovens com Ideação Suicida. Contudo, é possível verificar que é a ‘Relação com o Pai’ que exerce maior influência – quanto menos satisfatória for a relação com o pai maior será o risco de o jovem ter comportamentos autolesivos e ideação suicida. Desta forma, parece também atuar a ‘Relação com a Mãe’, a ‘Satisfação com a Família’ e ‘Relação com os Pais e Satisfação na Família’ (ver Quadro 16).

Relativamente aos dois grupos, no grupo SCIS não é possível obter correlações, uma vez que os adolescentes que estão neste grupo responderam com ‘0’ aos itens 18 e 91 e, consequentemente, não apresentam este risco não sendo por isso possível correlacioná-los. Por outro lado, no grupo de participantes CIS não se observam correlações significativas.

### Quadro 16

*Correlações (Spearman) entre as Variáveis da Categoria Família com o Comportamento Autolesivo (Item18) e com a Ideação Suicida (Item 91)*

	Amostra Total (N = 371)		
	Item18	Item91	Total (Item18+ I Item91)
Conflitos Familiares	.153**	.192**	.195**
Relação Pai	-.251**	-.242**	-.287**
Relação Mãe	-.223**	-.235**	-.263**
Satisfação Família	-.212**	-.202**	-.247**
Relação c/ Pais e Satisfação na Família	-.205**	-.230**	-.236**

\*  $p < .05$  (bilateral); \*\*  $p < .01$  (bilateral).

É importante ressaltar que o facto de os jovens terem ‘Familiares com Problemas de Saúde Graves’ não se revela com uma associação significativa aos Comportamentos Autolesivos (Item18) e à Ideação Suicida (Item91) (ver Quadro 17).

As variáveis ‘Dificuldades Financeiras’ e a ‘Familiares com Doença Psiquiátrica’ apresentam-se com pouco poder referencial dos Comportamentos Autolesivos, contudo demonstram uma influência na Ideação Suicida (ver Quadro 17).

No que remete para as variáveis ‘Conflitos Familiares’, para o ‘Estilo Educativo da Mãe’, o ‘Estilo Educativo do Pai’ e a ‘Relação com os Pais e a Satisfação na Família’ encontram-se associados tanto com os Comportamentos Autolesivos, como com a Ideação Suicida (ver Quadro 17).

## Quadro 17

Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis da Categoria Família com os Comportamentos Autolesivos (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91)

Amostra Total (N = 371)						
	Item 18		Item 91		Total (Item 18+Item 91)	
	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.
Conflitos Familiares	12.86	.002	19.61	.000	17.94	.000
Familiares com Doença Psiquiátrica	5.51	.064	17.18	.000	7.55	.023
Familiares c/ Problemas Saúde Graves	1.25	.535	2.09	.352	.39	.821
Dificuldades Financeiras	1.27	.530	10.55	.005	11.07	.004
Estilo Educativo do Pai	24.31	.002	58.99	.000	39.70	.000
Estilo Educativo Mãe	23.66	.003	22.54	.004	18.87	.016
Relação c/ Pais e Satisfação na família	52.27	.000	133.4	.000	78.10	.000

A regressão logística das variáveis da categoria da *Família* revela como preditores de Comportamentos e/ou Ideação Suicida as variáveis: ‘Estilo Educativo do Pai’ ( $\chi^2_{Wald}(1) = 5,833; p = .016$ ) e as ‘Dificuldades Financeiras’ ( $\chi^2_{Wald}(1) = 4,757; p = .029$ ) (ver Quadro 18).

Esta regressão permite predizer 15% dos casos com Comportamentos e/ou ideação Suicida.

## Quadro 18

Regressão Logística dos Comportamentos e/ou Ideação Suicida partir das Variáveis relativas à Família

	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Conflitos Familiares	2.102	1	.147	-
Relação Pai	2.066	1	.151	-
Relação Mãe	1.002	1	.317	-
Satisfação Família	1.609	1	.205	-
Estilo Educativo Pai	5.833	1	.016	2.637
Estilo Educativo Mãe	.014	1	.906	-
Dificuldades Financeiras	4.757	1	.029	2.346

## Escola

Na Categoria *Escola*, na amostra total (AT) foi possível observar que a ‘Ansiedade de Desempenho’ e as ‘Notas Escolares’ não se encontram relacionadas nem com os participantes com Ideação Suicida nem com os participantes com Comportamentos Autolesivos. Já a ‘Satisfação na Escola’ demonstra ter alguma influência relativa nos participantes com Comportamentos Autolesivos e com Ideação Suicida, embora fraca (ver Quadro 19).

Relativamente ao grupo *Sem Comportamentos e Ideação Suicida* (SCIS) não é possível obter correlações, uma vez que os adolescentes que estão neste grupo responderam com ‘0’ aos itens 18 e 91 e, conseqüentemente, não apresentam este risco não sendo por isso possível correlacioná-los. No grupo *Comportamento e/ou Ideação Suicida* (CIS) não existiram diferenças significativas.

### Quadro 19

*Correlações (Spearman) entre as Variáveis da Categoria Escola com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91)*

Amostra Total (N = 371)			
	Item 18	Item 91	Total (Item 18+Item 91)
Notas Escolares	-.044	.048	.004
Satisfação Escola	-.177**	-.192**	-.228**
Ansiedade de Desempenho	.054	-.006	.028

\*  $p < .05$  (bilateral); \*\*  $p < .01$  (bilateral).

É importante salientar o facto de os ‘Planos para o Futuro’ não se apresentarem relacionados com os jovens com Comportamentos Autolesivos e com Ideação Suicida e que a existência de ‘Problemas na Escola’ encontra-se relacionado com o somatório Total (Item 18+Item 91). Por sua vez, os ‘Apoios de Estudo’, encontram-se relacionados com os participantes com Ideação Suicida e com o Total (Item 18+Item 91), mas não com os participantes com Comportamentos Autolesivos (Quadro 20).

### Quadro 20

*Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis da Categoria Escola com os Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91)*

Amostra Total (N = 371)						
	Item 18		Item 91		Total (Item 18+Item 91)	
	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.
Reprovações	6.06	.048	1.99	.368	6.36	.041
Problemas Escola	.97	.615	1.38	.501	19.80	.000
Apoio Estudos	5.90	.052	11.73	.003	7.30	.026
Planos Futuros	5.24	.514	.89	.989	7.01	.319

A regressão logística das variáveis da categoria da *Escola* revelou apenas a ‘Satisfação na Escola’ ( $\chi^2_{Wald} (1) = 14.105$ ;  $p = .000$ ) como preditor de Comportamentos e/ou Ideação Suicida (ver Quadro 21).

Este modelo permite predizer 3% dos casos com Comportamentos e/ou Ideação Suicida.

### Quadro 21

*Regressão Logística dos Comportamentos e/ou Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas à Escola*

	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Reprovações	2.208	1	.137	-
Problemas Escola	.011	1	.915	-
Apoios Estudos	3.108	1	.078	-
Satisfação Escola	14.105	1	.000	0.442

## Relações Interpessoais

Quanto à Categoria das *Relações Interpessoais*, na amostra total (AT), a comparação com os jovens da mesma idade relativamente à ‘Relação com os Irmãos, com Jovens e com os Pais’ não revelou ter poder referencial relativamente aos Comportamentos Suicidas e à Ideação Suicida (ver Quadro 22).

A existência de ‘Amigos na escola, na turma, rua e sair’ com quem estes jovens possam estar, encontra-se associado com os Comportamentos Autolesivos, com a Ideação Suicida e com o Total ( $\text{Item18} + \text{Item91}$ ).

A satisfação com as relações de amizade demonstra ter maior influência na Ideação Suicida e no Total ( $\text{Item18} + \text{Item91}$ ) do que com os Comportamentos Autolesivos, sendo que quanto menor a satisfação com estas relações, maior a probabilidade de existir estes comportamentos e pensamentos.

Relativamente aos dois grupos, no grupo *Sem Comportamento e/ou Ideação Suicida* (SCIS) não é possível obter correlações, uma vez que os adolescentes que estão neste grupo responderam com ‘0’ aos itens 18 e 91 e, conseqüentemente, não apresentam este risco não sendo por isso possível correlacioná-los. No grupo de participantes com *Comportamentos e/ou Ideação Suicida* (CIS), existem algumas diferenças significativas que pressupõe algum nível de influência, nomeadamente no que remete para a Ideação Suicida ( $\text{Item91}$ ) com a ‘Relação Próxima’ e a ‘Relação com os Pais’. Neste grupo é possível ainda observar uma diferença significativa no Total ( $\text{Item18} + \text{Item91}$ ) com o ‘Ter amigos’ e com a ‘Relação Próxima’ (ver Quadro 22).



## Quadro 22

*Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Relações Interpessoais com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e a Ideação Suicida (Item 91) na Amostra Total e no grupo CIS*

	Amostra Total (N = 371)			CIS (n = 72)		
	Item18	Item91	Total (Item18 + Item91)	Item18	Item 91	Total (Item18 + Item91)
Ter amigos escola, turma, rua e sair	-.194**	-.262**	-.249**	.041	.178	-.269*
Relação Próxima	-.039	-.096	-.046	-.036	-.260*	-.259*
Relação Irmãos	-.052	-.027	-.035	-.177	-.059	-.080
Relação Jovens	-.087	-.161**	-.125*	.002	-.186	-.203
Relação Pais	-.128*	-.188**	-.169**	.053	-.236*	-.180
Satisfação Amigos	-.139**	-.231**	-.230**	.138	-.177	.002

*Nota.* \*  $p < .05$  (bilateral); \*\*  $p < .01$  (bilateral).

O facto de estes jovens terem ou não um ‘Confidente’ não se releva influente nos participantes com os Comportamentos Autolesivos, com Ideação Suicida, e no Total (Item18+Item91). As variáveis ‘Apoio de um Amigo’ e ‘Excluídos do Grupo de Amigos’ demonstraram-se estar relacionadas com todos os itens referidos (ver Quadro 23).

## Quadro 23

*Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis da Categoria Relações Interpessoais com os Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91)*

	Amostra Total (N = 371)					
	Item 18		Item 91		Total (Item18 + Item91)	
	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.
Excluído Grupo Amigos	31.26	.000	21.38	.000	34.13	.000
Apoio Amigo	18.37	.000	20.83	.000	27.57	.000
Confidente	.49	.781	3.31	.190	3.04	.219

A regressão logística das variáveis da categoria das *Relações Interpessoais* revelou como preditor de Comportamentos e/ou Ideação Suicida as seguintes variáveis: ‘Excluído do grupo de amigos’ ( $\chi^2_{Wald}(1) = 10.003$ ;  $p = .002$ ), ‘Ter amigos, escola, turma, rua e sair’ ( $\chi^2_{Wald}(1) = 6.541$ ;  $p = .011$ ), ‘Apoio Amigo’ ( $\chi^2_{Wald}(1) = 4.495$ ;  $p = .034$ ) (ver Quadro 24).

Esta regressão permite prever 20% dos casos de jovens com Comportamentos e/ou Ideação Suicida.

## Quadro 24

*Regressão Logística dos Comportamentos e/ou Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas às Relações Interpessoais*

	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Somatório Ter amigos escola, turma, rua e sair	6.541	1	.011	0.540
Satisfação Amigos	2.069	1	.150	-
Excluído Grupo Amigos	10.003	1	.002	2.836
Apoio Amigo	4.495	1	.034	0.412

## Saúde

Relativamente à categoria da *Saúde*, na amostra total, a ‘Satisfação com a Saúde’ demonstra estar relacionada tanto com os participantes com Comportamentos Autolesivos como os participantes com Ideação Suicida no sentido em que quanto menor a satisfação com a saúde, maior a probabilidade de inscrição nestas variáveis (Ver Quadro 25).

Relativamente aos dois grupos, no grupo participantes *Sem Comportamentos e/ou Ideação Suicida* não é possível obter correlações, uma vez que os adolescentes que estão neste grupo responderam com ‘0’ aos itens 18 e 91 e, conseqüentemente, não apresentam este risco não sendo, por isso, possível correlacioná-los. No grupo de participantes com *Comportamentos e/ou Ideação Suicida* é demonstrada uma influência ao nível dos comportamentos Autolesivos (ver Quadro 25).

## Quadro 25

*Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Saúde com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) na Amostra Total e no grupo CIS*

	Amostra Total (N = 371)			CIS (n = 72)		
	Item18	Item91	Total (Item18 + Item91)	Item 18	Item 91	Total (Item18+ Item91)
Satisfação Saúde	-,268**	-,205**	-,270**	-,246*	-,102	-,218

\*  $p < .05$  (bilateral); \*\*  $p < .01$  (bilateral).

No que remete para a variável ‘Doença Física’, esta encontra-se associada com os participantes com Comportamentos Autolesivos, com os participantes com Ideação Suicida e com o Total (Item18+ Item91) (ver Quadro 26).

Relativamente à ‘Queixa psicológica’, às ‘Consultas de Psicologia/Psiquiatria’ e ao ser ‘Seguido por Psicólogo/Psiquiatra’, todas se revelaram relacionadas com os Comportamentos Autolesivos e com a Ideação Suicida. Em contraste, o ‘Consumo de álcool e fumo’ demonstrou ser significativo (ver Quadro 26).

## Quadro 26

Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis da Categoria Saúde com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91)

	Amostra Total (N = 371)					
	Item18		Item91		Total (Item18 + Item91)	
	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.
Doença Física	15.88	.000	7.57	.023	12.76	.002
Queixas Psicológica	45.92	.000	60.61	.000	54.59	.000
Consultas de Psicologia/Psiquiatria	13.23	.001	8.06	.018	14.09	.001
Seguido por psicólogo/psiquiatra	15.74	.000	22.77	.000	16.24	.000
Consumo álcool e fumo	6.21	.184	2.46	.651	5.90	.206

A regressão logística das variáveis da categoria da *Saúde* revelou como preditor de comportamento e/ou ideação suicida (CIS) as seguintes variáveis: ‘Queixa Psicológica’ ( $\chi^2$ Wald (1) = 21.984;  $p$  = .000), ‘Satisfação com a saúde’ ( $\chi^2$ Wald (2) = 10.098;  $p$  = .006), ‘Doença física’ ( $\chi^2$ Wald (1) = 8.922;  $p$  = .003) (ver Quadro 27).

Este modelo permite predizer 30% dos casos de participantes com Comportamentos e/ou a Ideação Suicida.

## Quadro 27

Regressão Logística do Comportamentos e/ou a Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas à Saúde

	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Satisfação Saúde	10.098	2	.006	0.657
Doença Física	8.922	1	.003	3.779
Queixa Psicológica	21.163	1	.000	8.519
Consultas de Psicologia/Psiquiatria Passado	1.787	1	.181	-
Seguido Psicólogo/Psiquiatra Presente	1.996	1	.158	-

## Percepção Pessoal

No que remete para a categoria da *Percepção Pessoal*, na amostra total (AT), os dados indicam que quanto menor a ‘Satisfação com o Próprio’, a sensação de bem-estar e felicidade, maior a probabilidade de ocorrência de Comportamentos Autolesivos e de Ideação Suicida. Sendo que neste âmbito a Ideação Suicida apresenta-se com um poder referencial maior (ver Quadro 28).

Relativamente aos dois grupos, no grupo de participantes *Sem Comportamentos e/ou a Ideação Suicida* (SCIS) não é possível obter correlações, uma vez que os adolescentes que estão neste grupo responderam com ‘0’ aos itens 18 e 91 e, conseqüentemente, não apresentam este risco não sendo por isso possível correlacioná-los. No grupo de participantes com *Comportamentos e/ou a Ideação Suicida* existem diferenças significativas ao nível da Ideação Suicida e no Total (Item18+ Item91), no que remete ‘Sentir-se Bem’, no ‘Sou Feliz’, e na ‘Percepção Pessoal Global’. A ‘Satisfação com o Próprio’ encontra-se associada com a Ideação Suicida,

no sentido em que quanto menor a satisfação com o próprio, maior a probabilidade de o adolescente apresentar tais pensamentos (ver Quadro 28).

#### Quadro 28

*Correlações (Spearman) entre Variáveis da Categoria Percepção Pessoal com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91) na Amostra Total e no grupo CIS*

	Amostra Total (N = 371)			CIS (n= 72)		
	Item18	Item 91	Total (Item18 + Item91)	Item18	Item91	Total (Item18 + Item91)
Sentir Bem	-.240**	-.340**	-.324**	-.082	-.463**	-.331**
Sou Feliz	-.233**	-.352**	-.330**	-.010	-.427**	-.305*
Satisfação Próprio	-.263**	-.362**	-.368**	.016	-.440**	-.199
Percepção Pessoal Global	-.276**	-.385**	-.370**	-.017	-.442**	-.373**

\*  $p < .05$  (bilateral); \*\*  $p < .01$  (bilateral).

A regressão logística das variáveis da categoria da *Percepção Pessoal* indicou como preditor de Comportamentos e/ou a Ideação Suicida a ‘Satisfação com o Próprio’ ( $\chi^2$  Wald (1) = 5.198;  $p = .023$ ) (ver Quadro 29).

Este modelo permite prever 33% dos casos de jovens com Comportamentos e/ou a Ideação Suicida.

#### Quadro 29

*Regressão Logística dos Comportamentos e/ou a Ideação*

*Suicida a partir das Variáveis relativas à Percepção Pessoal*

	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Sentir Bem	.125	1	.723	-
Sou Feliz	.814	1	.367	-
Satisfação Próprio	5.198	1	.023	0.470
Percepção Pessoal Global	2.844	1	.092	-

### Acontecimentos de Vida Significativos e Atividades Lúdicas

Não existe uma relação entre as ‘Práticas Desportivas e Extracurriculares’ e os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida (ver Quadro 30). Contudo, independentemente da prática de desportos e atividades extracurriculares, estes comportamentos e pensamentos podem ocorrer.

Relativamente aos dois grupos, no grupo de participantes *Sem Comportamentos e/ou a Ideação Suicida* (SCIS) não é possível obter correlações, uma vez que os adolescentes que estão neste grupo responderam com ‘0’ aos itens 18 e 91 e, consequentemente, não apresentam este risco não sendo por isso possível correlacioná-los. No grupo de participantes com *Comportamentos e/ou a Ideação Suicida* (CIS) não existem diferenças significativas (ver Quadro 30).

### Quadro 30

*Correlações (Spearman) do Comportamento Autolesivo (Item 18) e da Ideação Suicida (Item 91) com as Variáveis da Categoria Atividades Lúdicas*

	Amostra Total (N= 371)		
	Item18	Item91	Total (Item18 + Item91)
Prática Desportos	-.120*	-.124*	-.122*
Atividades Extracurriculares	-.030	-.003	-.023

\*  $p < .05$  (bilateral); \*\*  $p < .01$  (bilateral).

No que remete para os ‘Acontecimentos Stressantes Passados’, estes encontram-se relacionados com os Comportamentos Autolesivos e com o Total (Item18 + Item91), mas não com a Ideação Suicida. A ‘Situação Difícil Presente’ encontra-se correlacionada com a Ideação Suicida e com o Total (Item18 + Item91), mas não com os Comportamentos Autolesivos (ver Quadro 31).

### Quadro 31

*Níveis de Significância da Associação ( $\chi^2$ ) dos Indicadores Críticos a partir das Variáveis dos Acontecimentos de Vida Significativos e Atividades Lúdicas com o Comportamento Autolesivo (Item 18) e com a Ideação Suicida (Item 91)*

	Amostra Total (N= 371)					
	Item18		Item91		Total (Item18 + Item 91)	
	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.
Acontecimento Stressante Passado	7.85	.020	3.86	.145	6.36	.041
Situação Difícil Presente	5.79	.051	19.86	.000	16.02	.000
Soma Práticas Desportos + Atividades	3.44	.179	2.21	.331	3.46	.177

A regressão logística das variáveis da categoria de *Acontecimentos de Vida Significativos* revelou como preditor de Comportamentos e/ou a Ideação Suicida a ‘Situação Difícil Presente’ ( $\chi^2_{Wald} (1) = 7.357$ ;  $p = .007$ ) (ver Quadro 32).

Esta regressão permite prever 0% dos casos com Comportamentos e/ou a Ideação Suicida.

### Quadro 32

*Regressão dos Comportamentos e/ou a Ideação Suicida a partir das Variáveis relativas aos Outros*

	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Acontecimento Stressante Passado	2.718	1	.099	-
Situação Difícil Presente	7.357	1	.007	2.185

Foi ainda feita uma regressão logística de variáveis psicossociais globais que revelou como preditor de Comportamentos e/ou a Ideação Suicida as seguintes variáveis: ‘Perceção Pessoal Global’ ( $\chi^2_{Wald} (1) = 20.307$ ;  $p = .000$ ), ‘Queixa Psicológica’ ( $\chi^2_{Wald} (1) = 8.342$ ;  $p = .004$ ), ‘Satisfação na Escola’ ( $\chi^2_{Wald} (1) = 6.489$ ;  $p = .011$ ) (ver Quadro 33).

Esta regressão permite prever 36,9% dos casos com Comportamentos e/ou a Ideação Suicida.

### **Quadro 33**

*Regressão Logística dos Comportamentos e/ou Ideação Suicida a partir de Variáveis Psicossociais Globais*

	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Recursos 14 itens	1.197	1	.274	-
Relação com Pais e Satisfação na Família	1.570	1	.210	-
Satisfação Escola	6.489	1	.011	0.521
Satisfação Amigos	1.393	1	.238	-
Queixa Psicológica	8.342	1	.004	4.420
Percepção Pessoal Global	20.307	1	.000	0.305

## Discussão

No que respeita às médias das diversas dimensões do YSR, é possível verificar que a amostra dos participantes em estudo demonstrou ter níveis elevados relativamente à amostra normativa portuguesa, sugerindo, assim, uma maior vulnerabilidade clínica dos participantes em estudo.

No que se refere às diferenças ao nível do sexo dos participantes, estas foram somente encontradas nas medidas *Ansiedade/Depressão* e *Queixas Somáticas*, onde o sexo feminino apresentou valores mais elevados. O mesmo se observa na amostra normativa portuguesa e nos resultados obtidos no estudo de Cruz (2013), no qual o sexo feminino apresentou sintomas mais elevados em dimensões internalizantes comparativamente com o sexo masculino.

Quanto à idade, nas diferentes dimensões do YSR, não foram encontradas diferenças significativas entre os adolescentes quando são consideradas duas categorias de idade: 14 – 16 anos e 17 – 19 anos. Já na investigação de Cruz (2013) com idades entre os 11 e os 21 anos foram encontradas diferenças nas dimensões externalizantes verificando-se que os problemas deste cariz diminuem à medida que a idade aumenta. Neste sentido, no estudo de Hawton, Rodham e Evans (2006) foi demonstrado que os pensamentos autolesivos tendem a aumentar com a idade.

No que se refere aos resultados ao nível dos grupos (a) *Sem Comportamento e/ou Ideação Suicida* (SCIS) e (b) com *Comportamento E/Ou Ideação Suicida* (CIS) é possível observar que os valores do grupo CIS são em todas as medidas do YSR mais elevados do que a amostra clínica portuguesa (Achenbach et al., 2014), o que indicia que estamos perante uma amostra com uma grande vulnerabilidade psicopatológica.

Ao considerar a associação dos Comportamentos Autolesivos (Item18) e da Ideação Suicida (Item91) na amostra em estudo, observou-se que muitos dos casos de comportamentos autolesivos não estão associados à ideação suicida (80%). Já no estudo de Nunes (2012) a existência de uma ideação suicida moderada/elevada/muito elevada está associada a 88.1% de adolescentes que já tiveram comportamentos autolesivos.

A regressão logística a partir das medidas do YSR revelou como preditor de comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida dois indicadores de internalização (*Ansiedade/Depressão* e *Isolamento/Depressão*) e um indicador de problemas mistos (*Problemas de Pensamento*) permitindo globalmente fazer uma boa previsão, com 43% dos casos com CIS. Já no estudo de Cruz (2013) a sintomatologia psicológica (de internalização e externalização) destacou-se enquanto fator de risco para trajetórias inadaptativas com pensamentos e comportamentos autolesivos.

Em termos do contexto *Família*, salientam-se as variáveis ‘Estilo Educativo do Pai’ e ‘Dificuldades Financeiras’ com um papel importante no risco de comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida. De facto, no estudo de Cruz (2013), a rejeição e o controlo parental revelaram-se como fatores de risco para trajetórias com pensamentos e comportamentos autolesivos. Hutz (2002) defende ainda que o baixo nível socioeconómico é um fator de risco para o desenvolvimento psicológico.

No que se refere ao contexto *Escola*, a ‘Satisfação na Escola’ salientou-se como um possível fator de proteção. Esta constatação vai de encontro ao estudo de Nunes (2012), cujos resultados indicam que os adolescentes com maior satisfação na escola apresentam menos comportamentos autolesivos e ideação suicida do que os adolescentes com menor satisfação na escola.

No que diz respeito às *Relações Interpessoais*, indiciam-se as variáveis ‘Ter Amigos’ e o ‘Apoio Amigo’ como importantes fatores de proteção. Por outro lado, a variável ‘Excluído do Grupo de Amigos’ apresenta-se como um potencial fator de risco de comportamentos autolesivos e de ideação suicida. Tal é confirmado no estudo de Laible e colaboradores (2000), uma vez que se verifica que na adolescência o desenvolvimento social é relevante e existe uma grande importância dada ao apoio e à relação com os pares. Desta forma, os adolescentes procuram estabelecer relações com êxito promovendo o seu sentido de pertença (Silva, 2001).

Relativamente à *Saúde*, indiciam-se como potenciais preditores de comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida as variáveis ‘Doença Física’ e a ‘Queixa Psicológica’ e, potenciais fatores protetores a variável ‘Satisfação com a Saúde’. Esta constatação vai de encontro ao estudo que refere uma forte associação entre estes comportamentos e características psicológicas (Madge et al., 2011). Por outro lado, perante uma situação de risco, existem indivíduos que podem ser mais vulneráveis que outros devido a diferenças fisiológicas (Sapienza & Pedromônico, 2005). Importa referir que no estudo de Tang e Crane (2006), a dor e a doença crónica apresentam ser fatores de risco fundamentais para os comportamentos suicidas que são 2 a 3 vezes maiores nos indivíduos com doença crónica comparativamente à população em geral.

No que remete para a *Perceção Pessoal*, a variável ‘Satisfação com o Próprio’ apresenta-se como um fator protetor face aos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida. Tal vai de encontro ao estudo de O’Connor, Rasmussen e Hawton (2009) cujos resultados apontam para níveis significativamente mais baixos de otimismo e autoestima para os indivíduos que repetiram comportamentos autolesivos durante o curso do estudo do que aqueles que não se autolesionavam.



Em termos dos *Acontecimentos de Vida Significativos* e das *Atividades Lúdicas*, salienta-se a variável ‘Situação Difícil Presente’ como potencial fator de risco face aos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida. Esta conclusão consta no estudo recente levado a cabo por Guerreiro, Sampaio, Figueira e Madge (2017), onde é destacado o facto destes comportamentos autolesivos serem associados a uma maior exposição de acontecimentos de vida negativos ou stressantes na adolescência.

Considerando as variáveis globais mais importantes de cada categoria associadas a comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida, salienta-se a ‘Perceção Pessoal Global’ e a ‘Queixa Psicológica’ como potencial fator de risco, e a ‘Satisfação na Escola’ associada a um potencial fator protetor.

Os comportamentos autolesivos apresentam-se como um fenómeno multideterminado e há inúmeras abordagens teóricas que o procuram compreender. A Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner (1977) poderá ser um bom modelo para a compreensão dos resultados do presente estudo, uma vez que considera a interatividade entre os fatores individuais e contextuais, reforçando o impacto que o próprio contexto, particularmente, os diferentes subsistemas defendidos nesta teoria têm nos comportamentos dos adolescentes.

## Conclusão

A adolescência é considerada como um processo de desenvolvimento e maturação envolto em mudanças psicossociais e fisiológicas (Sampaio, 2006) que farão com que o adolescente se encontre num período de vulnerabilidade e grande fragilização (Mesquita, Ribeiro, Mendonça, & Maia, 2011).

O suicídio, em escala mundial, constitui-se como a 3<sup>a</sup> causa de morte no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a 2<sup>a</sup> causa de morte nos jovens dos 15 aos 19 anos (Carvalho et al., 2013). Muitas vezes associado ao suicídio encontram-se os comportamentos autolesivos que se apresentam como um sinal de sofrimento cada vez mais frequente na adolescência (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012) o que legitima o estudo em causa.

A presente dissertação teve como objetivo investigar a importância relativa aos fatores psicossociais associados aos comportamentos autolesivos e à ideação suicida numa amostra de adolescentes portugueses. Mais especificamente, pretendeu-se identificar os fatores que contribuem como risco e proteção para tais comportamentos, nomeadamente ao nível familiar, escolar, interpessoal, saúde, individual, e bem como os acontecimentos de vida e atividades lúdicas.

Neste sentido, recorreu-se a dois instrumentos, o *Youth Self Report* e um Questionário Psicossocial (elaborado para este efeito), com o intuito de estabelecer a relação entre os comportamentos autolesivos e a ideação suicida com os fatores individuais e contextuais.

As conclusões deste trabalho apontam para os fatores psicossociais como um potenciais preditores dos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida. Revelaram-se como possíveis fatores de risco dos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida na adolescência: o estilo educativo do pai ser percecionado como não adequado, a existência de dificuldades financeiras, ser excluído do grupo de amigos, apresentar uma queixa/problema psicológico, ter uma doença física, e estar a passar por uma situação difícil na vida atual. Por outro lado, salientaram-se como potenciais fatores de proteção dos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida na adolescência: a satisfação na escola, ter amigos, ter o apoio de um amigo próximo, a satisfação com a própria saúde e com o próprio.

É importante referir que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a amostra não ser representativa da população portuguesa adolescente. Contudo, é de salientar que o grupo CIS (*Comportamentos Autolesivos e/ou Ideação Suicida*), a qual engloba 72 adolescentes, apresenta-se como uma subamostra representativa (cerca de 20%) da amostra total em estudo.

Outra limitação remete para não ter sido considerada a dimensão temporal, uma vez que se trata de um estudo transversal, não permitindo aceder à compreensão das relações entre as variáveis ao longo do tempo.

Paralelamente, não foi possível o controlo do efeito da desejabilidade social. Contudo atendendo à percentagem de jovens que expressa comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida poderá se considerar que por ser num contexto anónimo permitiu que os adolescentes estivessem mais à vontade em expressar o que realmente sentem.

Outra limitação do estudo refere-se ao facto dos modelos serem abaixo da capacidade explicativa desejada (os 50%), porém as variáveis não deixam de ser pertinentes na temática dos comportamentos autolesivos e da ideação suicida e consistentes com a literatura.

Os resultados obtidos no presente estudo permitem não só contribuir para um maior conhecimento acerca dos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida, reforçando a importância que os fatores individuais e contextuais têm na saúde mental dos adolescentes, mas também incentivar à intervenção junto destes contextos (i.e., família e escola) de forma a promover fatores de proteção. Importa ainda referir que esta investigação contribuiu para a reflexão sobre a necessidade de estudos com maior aprofundamento sobre esta temática, nomeadamente, em Portugal.

### **Investigações Futuras**

Em investigações futuras considera-se relevante a replicação do estudo com uma amostra de maior dimensão (e.g., confronto com amostras clínicas), com a possibilidade de apurar diferenças e semelhanças nos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida entre o meio urbano e rural.

A realização de um estudo longitudinal seria importante uma vez que permitiria examinar a estabilidade ou o surgimento novos dos fatores preditores dos comportamentos autolesivos e/ou ideação suicida ao longo de um certo período de tempo.

Não obstante, seria igualmente útil a utilização de outros métodos de recolha de dados, por exemplo a realização de uma entrevista ao adolescente para compreensão da perceção que o mesmo tem de si próprio e dos contextos que o rodeiam, aprofundando os dados recolhidos nos questionários, assim como a inclusão de outras variáveis (e.g., recursos e estratégias de *coping*, influência dos media).

## Referências

- Aaron, T. E., Anne, C. P., & John, J. C. (1984). The development of pshychopathology in adolescence. In Rolf, J., Masten, A. S., Cicchetti, D. E., Nuechterlin, K. H., & Weintraub, S. (1990). *Risk and Protective Factors in Development of Psychopathology* (pp. 308-333). Cambridge University Press.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores. Adaptação Portuguesa*. Braga, Portugal: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bizarro, L. (2001). A Avaliação do Bem-Estar Psicológico na Adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.
- Blakemore, S. J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(3), 111-116.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., ... Santos, N. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. *Programa Nacional Para a Saúde Mental*. Direção-Geral da Saúde, Lisboa
- Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 215, 37-48.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (2006). *Developmental psychopathology: Theory and method*, 1(2). New York: Wiley.
- Cordovil, C., Crujo, M., & Guerreiro, D. (2009). Tentativas de Suicídio em Adolescentes Internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central. *Revista Saúde Mental*, 11(3), 15-20.

Cruz, D. M. (2013). *Viver com a vida," morrer" com a vida: protecção e risco em trajetórias auto-destrutivas na adolescência*. Retirado de <http://repositorio.ul.pt>

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed. A review*. New York: W. W. Norton & Company.

Guerreiro D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge N. (2017). Self-harm in adolescents: A self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research*, 21, 83-89.

Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*, 32(6), 482-495.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. (2006). How do adolescents who deliberately selfharm or have thoughts of self-harm differ from other adolescents. In Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. (Eds.), *By Their Own Young Hand – Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents* (pp. 65-93). Philadelphia: JKP.

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379, 2373-2382. Klonsky, E. D. (2007). The Functions of Deliberate Self-Injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239

Hutz, C. S. (2002). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 89-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Klonsky, E. D. (2007). The Functions of Deliberate Self-Injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.

Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 45-59.

Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., Leo, D., Wilde, E. J., ... Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499-508.

Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, A. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 3, 97-109.

Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Lidel.

Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Richardson, E. L., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72.

Nunes, C. P. (2012). *Auto-dano e ideação suicida na população adolescente: Aferição do questionário de impulso, auto-dano e ideação suicida na adolescência (QIAIS-A)*. Retirado de <http://www.repositorio.uac.pt>

Nurmi, J. E. (2004). Socialization and self-development. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2nd ed.) (pp. 85-124). Hoboken: John Wiley & Sons.

O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2009). Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(4), 364-375.

Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 19(4), 509-21.

Paul, E., Tsydes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., & Whitlock, J. (2015). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry research*, 225(3), 276-282.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.

Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 46(2), 225-236.

Rudd, M., Joiner, T., & Rajab, M. (2001). *Treating Suicidal Behaviour*. New York: Guilford Press.

- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Saraiva, C. B. In Moreira, N. (2010). *Suicídio nas Prisões*. Porto: Legis Editora.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C., Veiga, F., Primavera, R., Carvalho, S., Travassos, M., Soares, L., ... Torres, O. (1996). Epidemiologia do para-suicídio em Coimbra. *Psiquiatria Clínica*, 17, 291-296.
- Silva, A. I. (2001). *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes: perspectiva de prevenção em saúde mental na adolescência*. Retirado de <http://www.repositorioaberto.uab.pt>
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483. doi: 10.1016/S140-6736(05)67600-3
- Soares, I. (2000). *Trajetórias Adaptativas ao Longo da Vida*. Coimbra: Quarteto, 43-48.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente*. (2ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008) *Psicologia do adolescente*. (4ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *American Journal of Psychiatry*, 158, 427– 432.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Science*, 9(2), 69-74.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.

Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine*, 36(5), 575-586.

Venturela, P. (2011). *Prevenção do suicídio: Um relato da Capacitação dos Voluntários do Centro de Valorização (CVV) no Município de Portalegre*. (Monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Wasserman, D., & Wasserman, C. (2009). *The Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press.

World Health Organization. (2017). *Suicide data*. Obtido em [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)



## 1. DADOS PESSOAIS

1.1 Primeiro nome: \_\_\_\_\_ 1.2 Idade: \_\_\_\_\_ 1.3 Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1.4 Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐ 1.5 Nacionalidade: \_\_\_\_\_

1.6 Com quem vives atualmente (assinala com uma cruz os elementos que vivem em tua casa e o seu número):

	Pai	Mãe	Padrasto	Madrasta	Irmãos	Avó/Avô	Outros Familiares	Outros (Não Familiares)
Sim (x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº elementos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se periodicamente vives noutro agregado familiar indica com quem vives, o número de elementos e em média quanto tempo:

\_\_\_\_\_

## 2. FAMÍLIA

2.1 Qual o nível de escolaridade do teu Pai e da tua Mãe:

Pai	1º Ciclo (1º - 4º ano) <input type="checkbox"/>	3º Ciclo (7º - 9º ano) <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
	2º Ciclo (5º - 6º ano) <input type="checkbox"/>	Secundário (10º - 12º ano) <input type="checkbox"/>	Pós-licenciatura <input type="checkbox"/>
Mãe	1º Ciclo (1º - 4º ano) <input type="checkbox"/>	3º Ciclo (7º - 9º ano) <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
	2º Ciclo (5º - 6º ano) <input type="checkbox"/>	Secundário (10º - 12º ano) <input type="checkbox"/>	Pós-licenciatura <input type="checkbox"/>

2.2 Qual é a situação profissional do teu Pai e da tua Mãe?

Pai	Empregado <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/> Qual: _____
Mãe	Empregada <input type="checkbox"/>	Desempregada <input type="checkbox"/>	Reformada <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/> Qual: _____

2.3 Qual a situação conjugal dos teus pais? Casados/União de Facto ☐ Separados/Divorciados ☐ Outro: ☐ Qual: \_\_\_\_\_

2.4 Conflitos Familiares: Não ☐ Sim ☐ Por vezes ☐

2.5 Familiares com doença psiquiátrica: Não ☐ Sim ☐

2.6 Familiares com problemas de saúde graves: Não ☐ Sim ☐

2.7 Dificuldades financeiras: Não ☐ Sim ☐

2.8 Como avalias a tua relação com o teu Pai e com a tua Mãe?

Pai	Muito Positiva <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Nem Positiva nem Negativa <input type="checkbox"/>	Negativa: <input type="checkbox"/>	Muito Negativa <input type="checkbox"/>
Mãe	Muito Positiva <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>	Nem Positiva nem Negativa <input type="checkbox"/>	Negativa: <input type="checkbox"/>	Muito Negativa <input type="checkbox"/>

2.9 Como avalias o estilo educativo do teu Pai e da tua Mãe?

Pai	Adequado <input type="checkbox"/>	Permissivo <input type="checkbox"/>	Autoritário <input type="checkbox"/>	Punitivo: <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/> Qual: _____
Mãe	Adequado <input type="checkbox"/>	Permissivo <input type="checkbox"/>	Autoritário <input type="checkbox"/>	Punitivo <input type="checkbox"/>	Outro: <input type="checkbox"/> Qual: _____

2.10 Como te sentes com a tua família?

Muito Insatisfeito/a ☐ Insatisfeito/a ☐ Nem Insatisfeito/a nem satisfeito/a ☐ Satisfeito/a ☐ Muito Satisfeito/a ☐

## 3. ESCOLA

3.1 Que ano escolar frequentas? 10º ano ☐ 11º ano ☐ 12º ano ☐ Que área estás a frequentar? \_\_\_\_\_

3.2 Que notas costuma ter? Baixas ☐ Médias ☐ Altas ☐

3.3 Já reprovaste algum ano(s)? Não ☐ Sim ☐ Se sim, em que ano(s): \_\_\_\_\_

3.4 Alguma vez mudaste de escola desde o 7º ano? Não ☐ Sim ☐ Se sim, qual o motivo: \_\_\_\_\_

3.5 Tiveste algum dos seguintes problemas na escola? Disciplinar ☐ Suspensão ☐ Expulsão ☐

3.6 Como é que te sentes na escola? Muito Mal ☐ Mal ☐ Nem Mal nem Bem ☐ Bem ☐ Muito Bem ☐

3.7 Alguns jovens da tua idade perante testes e apresentações de trabalhos sentem-se, por exemplo, tranquilos, calmos, tensos, com medo, preocupados, ansioso ou agitados, e tu como te sentes?

Antes dos testes \_\_\_\_\_

Durante os testes \_\_\_\_\_

Após os testes (até saber o resultado) \_\_\_\_\_

3.8 Quais são os apoios que sentes que tens relativamente aos estudos? Familiares ☐ Outras pessoas ☐ Não Tenho ☐

3.9 Quais são os teus planos para o futuro? Faculdade ☐ Curso Técnico-Profissional ☐ Trabalho ☐ Outro: ☐ Qual: \_\_\_\_\_

## 4. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

4.1 Tens amigos na escola?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	4.2 Tens amigos na tua turma?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
4.3 Tens amigos na tua zona de residência?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	4.4 Tens um grupo de amigos com quem costumavas sair?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
4.5 Já alguma vez te sentiste excluído do teu grupo de amigos?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	4.6 Quando tens algum problema, sentes que podes contar com o apoio de um amigo?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
4.7 Tens algum confidente?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	4.8 Tens ou tiveste namorado/a:	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
4.9 Em comparação com os outros jovens da tua idade, como te dás com:			
a) Os teus irmãos?	Pior <input type="checkbox"/> Nem melhor nem pior <input type="checkbox"/> Melhor <input type="checkbox"/> Não tenho irmãos <input type="checkbox"/>		
b) Os outros jovens?	Pior <input type="checkbox"/> Nem melhor nem pior <input type="checkbox"/> Melhor <input type="checkbox"/>		
c) Os teus pais?	Pior <input type="checkbox"/> Nem melhor nem pior <input type="checkbox"/> Melhor <input type="checkbox"/>		
4.10 Quão satisfeito/a te sentes com as tuas relações de amizade?			
Muito Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Insatisfeito/a <input type="checkbox"/>	Nem Insatisfeito/a nem satisfeito/a <input type="checkbox"/>	Satisfeito/a <input type="checkbox"/> Muito Satisfeito/a <input type="checkbox"/>

## 5. SAÚDE

5.1 Qual é o grau de satisfação relativamente à tua saúde?

Muito Insatisfeito/a ☐ Insatisfeito/a ☐ Nem Insatisfeito/a nem satisfeito/a ☐ Satisfeito/a ☐ Muito Satisfeito/a ☐

5.2 Tomas medicamentos regularmente?

Não ☐ Sim ☐

5.3 Tens alguma doença crónica do foro físico?

Não ☐ Sim ☐

5.4 Tens alguma queixa/problema do foro psicológico?

Não ☐ Sim ☐

5.5 Já recorreste a consultas de psicologia/psiquiatria?

Não ☐ Sim ☐

Se sim, quando:

5.6 Estás a ser seguido/a por um psicólogo/psiquiatra?

Não ☐ Sim ☐

5.7 Fumas?

Nunca ☐ Raramente ☐ Regularmente ☐

5.8 Consomes bebidas alcoólicas regularmente?

Nunca ☐ Raramente ☐ Regularmente ☐

## 6. PERCEÇÃO PESSOAL

6.1 Sinto-me bem:

Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre ☐

6.2 Sou feliz:

Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre ☐

6.3 Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância:

Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre ☐

6.4 Sinto-me satisfeito/a comigo próprio:

Quase nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre ☐

## 7. ATIVIDADES LÚDICAS

7.1 Indica os desportos em que gostas de participar: (Por ex: natação, futebol, remo, rugby, etc).

7.1.1 Em compara o com os jovens da tua idade, quanto tempo dedicas a cada um deles?

	Menos do que 1 vez por semana	1 vez por semana	Mais do que 1 vez por semana
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Que atividades extracurriculares gostas de realizar: (Por ex: cinema, concertos, xadrez, etc).

7.2.1 Em compara o com os jovens da tua idade, quanto tempo dedicas a cada uma delas?

	Menos do que 1 vez por semana	1 vez por semana	Mais do que 1 vez por semana
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. ACONTECIMENTOS DE VIDA SIGNIFICATIVOS

8.1 No último ano vivenciaste algum acontecimento particularmente stressante?

Não ☐ Sim ☐

8.2 Estás a viver atualmente alguma situa o difícil ou particularmente stressante?

Não ☐ Sim ☐

Muito Obrigada!

## *Anexo B – Pedido de Autorização às Escolas*



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Exmo(a). Sr(a). Presidente do Conselho Executivo da  
Escola \_\_\_\_\_

Somos alunas da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e estamos a realizar um estudo, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Doutora Rosa Novo, sobre experiências subjetivas associadas a alterações de comportamento em jovens estudantes do ensino secundário.

Neste âmbito, vimos solicitar a sua colaboração no sentido de facultar condições para a recolha de dados junto dos alunos das turmas do Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) da vossa Escola.

O protocolo de investigação (anexo A) será aplicado em grupo e envolverá cerca de 40 minutos. A participação dos alunos será voluntária e sujeita à autorização prévia do Encarregado de Educação (anexo B). As respostas dadas serão confidenciais e a análise dos dados será realizada de forma global, sendo que todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos internacionais aplicados à investigação em Psicologia.

As escolas participantes poderão ter acesso aos resultados desta investigação logo que ultimada, o que se espera ocorra até dezembro de 2018.

Agradecemos o acolhimento deste pedido e disponibilizamo-nos para os esclarecimentos que entendam necessários.

Na expectativa do v/ contacto, apresentamos os melhores cumprimentos

\_\_\_\_\_  
(Mafalda Estrela)

\_\_\_\_\_  
(Sara Valadares)

Faculdade de Psicologia, XXX de janeiro de 2018

### *Contactos:*

Mafalda Estrela: 917 437 842; [estrela\\_maf@hotmail.com](mailto:estrela_maf@hotmail.com));

Sara Valadares: 962 686 084; [sarafilipav@hotmail.com](mailto:sarafilipav@hotmail.com));

Rosa Novo: 217 943 600; [rnovo@psicologia.ulisboa.pt](mailto:rnovo@psicologia.ulisboa.pt)

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Está em curso na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa uma investigação de Mafalda Pitta da Cunha Calçada Estrela e Sara Filipa Vieira dos Santos Valadares, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Rosa Ferreira Novo.

O objetivo do estudo é o de compreender a dinâmica da experiência subjetiva e os fatores associados a alterações de comportamento em jovens estudantes do ensino secundário.

A participação nesta investigação implica a resposta a dois breves questionários, um deles relativo a dados psicossociais e outro à temática do estudo, resposta que globalmente envolverá cerca de quarenta minutos.

A participação no estudo é voluntária e mesmo após a manifestação de aceitação em participar no mesmo, o seu educando poderá desistir a qualquer momento, se assim o desejar. Os dados recolhidos são confidenciais (apenas os elementos da equipa da investigação terão acesso a eles) e todo o estudo decorrerá segundo os princípios éticos internacionais aplicados à investigação em Psicologia.

Esta investigação irá ter continuidade numa segunda fase, pelo que lhe pedimos que deixe o seu contacto telefónico ou email (no local abaixo indicado) para, se necessário, voltarmos a solicitar-lhe a colaboração do seu educando.

Para qualquer esclarecimento adicional ou para obter informação sobre os resultados deste estudo, que se estima vir a estar concluído até dezembro de 2018, poderá contactar-nos: Mafalda Estrela ([estrela\\_maf@hotmail.com](mailto:estrela_maf@hotmail.com)) ou Sara Valadares ([sarafilipav@hotmail.com](mailto:sarafilipav@hotmail.com)).

A participação do seu educando será muito importante para a investigação, pelo que muito agradecemos a sua disponibilidade e autorização nesse sentido.

---

**Declaro que tomei conhecimento dos objetivos e que aceito que o meu educando colabore voluntariamente nesta investigação.**

Aluno: Primeiro Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Encarregado de Educação: Contacto telefónico ou email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_

(Assinatura do Encarregado de Educação)\*

\* Se o educando tiver 18 ou mais anos de idade, poderá ele próprio preencher o consentimento.



## **INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES**

Pretendemos levar a cabo um estudo, sobre a dinâmica da experiência subjetiva e os fatores associados a alterações do comportamento dos jovens estudantes do ensino secundário, para o qual a tua participação é muito importante.

A participação consiste na resposta a dois breves questionários, um sobre dados psicossociais e outro sobre a temática do estudo, e envolve cerca de quarenta minutos.

A tua participação é voluntária, sendo possível desistires a qualquer momento, se o desejares. Os dados são tratados e apresentados com total confidencialidade. Prevê-se uma segunda fase do estudo com um número reduzido de participantes. Caso se justifique e o teu encarregado de educação autorize, serás posteriormente contactado para avaliares da tua vontade em participar.

Para já, pedimos-te apenas que colabores nesta primeira fase. Para esclarecer qualquer dúvida podes contactar-nos: Mafalda Estrela ([estrela\\_maf@hotmail.com](mailto:estrela_maf@hotmail.com)) ou Sara Valadares ([sarafilipav@hotmail.com](mailto:sarafilipav@hotmail.com)).

**Muito obrigada pela tua participação!**

## Anexo E – Estatística Descritiva dos Dados do Questionário Psicossocial na Amostra Total

### Estatística Descritiva dos Dados do Questionário Psicossocial na Amostra Total

	<i>n</i>	%	Mdn	Md
<b>Família</b>				
<b>Conflitos Familiares</b>			0	0
Não (0)	209	56		
Sim (1)	25	7		
Por vezes (2)	132	36		
<b>Dificuldades Financeiras</b>			---	0
Não (0)	305	82		
Sim (1)	60	16		
<b>Relação Pai</b>			3	3
Negativa/Muito Negativa (1)	28	8		
Nem Positiva nem Negativa (2)	69	19		
Positiva/Muito Positiva (3)	255	69		
<b>Relação Mãe</b>			3	3
Negativa/Muito Negativa (1)	10	3		
Nem Positiva nem Negativa (2)	30	8		
Positiva/Muito Positiva (3)	324	87		
<b>Estilo Educativo Pai</b>			---	1
Adequado (1)	219	59		
Não Adequado (2)	125	34		
<b>Estilo Educativo Mãe</b>			---	1
Adequado (1)	273	74		
Não Adequado (2)	92	25		
<b>Satisfação Família</b>			3	3
Insatisfeito/Muito Insatisfeito (1)	27	7		
Nem Insatisfeito nem Satisfeito (2)	33	9		
Satisfeito/Muito Satisfeito (3)	307	83		
<b>Relações e Satisfação na Família</b>			3	3
Não satisfeito (1)	13	4		
Nem Insatisfeito nem Satisfeito (2)	74	20		
Satisfeito/Muito Satisfeito (3)	258	70		
<b>Famíliares com Problemas de Saúde Graves</b>			0	0.26
Não (0)	273	74		
Sim (1)	94	25		
<b>Famíliares com Doença Psiquiátrica</b>			0	0.13
Não (0)	318	86		
Sim (1)	48	13		
<b>Saúde</b>				
<b>Hábitos tabágicos</b>			0	0
Nunca (0)	282	76		
Raramente (1)	48	13		
Regularmente (2)	35	9		
<b>Consumo álcool</b>			1	1
Nunca (0)	163	44		
Raramente (1)	181	49		
Regularmente (2)	25	7		
<b>Consultas Psicologia/ Psiquiatria Passado</b>			---	0
Não (0)	256	69		
Sim (1)	112	30		
<b>Consultas Psicologia / Psiquiatria Presente</b>			---	0
Não (0)	340	92		
Sim (1)	27	7		
<b>Satisfação Saúde</b>			3	3
Insatisfeito/Muito Insatisfeito (1)	40	11		
Nem Insatisfeito nem Satisfeito (2)	62	19		
Satisfeito/Muito Satisfeito (3)	269	72		
<b>Doença Física</b>			0	0.08
Não (0)	334	90		
Sim (1)	29	8		
<b>Queixa Psicológica</b>			0	0.08
Não (0)	336	91		
Sim (1)	31	8		

	<i>n</i>	%	Mdn	Md
<b>Escola</b>				
<b>Desempenho Académico</b>			2	2
Notas baixas (1)	18	5		
Notas médias (2)	294	79		
Notas altas (3)	56	15		
<b>Número Reprovações</b>			0	0
0	257	69		
1	86	23		
2	18	5		
3	4	1		
<b>Problemas Escola</b>			---	0
Não Tem	252	68		
Tem	118	32		
<b>Ansiedade Desempenho</b>			5	5
Calmo ( $\leq 3$ )	38	10		
Nem calmo nem Ansioso (4)	105	28		
Ansioso (5 – 6)	219	59		
<b>Satisfação Escola</b>			3	3
Insatisfeito/Muito Insatisfeito	25	7		
Nem Insatisfeito nem Satisfeito	131	35		
Satisfeito/Muito Satisfeito (3)	215	58		
<b>Apoio Estudos</b>			1	0.75
Não (0)	91	25		
Sim (1)	273	74		
<b>Planos Futuros</b>			1	1.37
Estudar (1)	281	76		
Trabalhar (2)	54	15		
Estudar/Trabalhar (3)	22	6		
Outros Planos (4)	13	4		
<b>Relações Interpessoais</b>				
<b>Ter amigos</b>			4	4
Poucos amigos ( $\leq 2$ )	20	5		
Alguns amigos (3)	83	22		
Tem amigos (4)	245	66		
<b>Excluído Grupo Amigos</b>			0	0.40
Não (0)	222	60		
Sim (1)	147	40		
<b>Apoio Amigo</b>			1	0.89
Não (0)	38	10		
Sim (1)	311	84		
<b>Confidente</b>			1	0.69
Não (0)	112	30		
Sim (1)	155	69		
<b>Relação Próxima</b>			2	2.38
Apenas um amigo (0)	49	13		
Dois (1)	117	32		
Três (2)	179	48		
<b>Relação Irmãos</b>			3	2.10
Não tenho (0)	58	16		
Pior (1)	18	5		
Nem melhor nem pior (2)	118	32		
Melhor (3)	170	46		
<b>Relação Jovens</b>			2	2.34
Pior (1)	15	4		
Nem melhor nem pior (2)	210	57		
Melhor (3)	139	38		
<b>Relação Pais</b>			3	2.51
Pior (1)	18	5		
Nem melhor nem pior (2)	145	39		
Melhor (3)	203	55		
<b>Satisfação Amigos</b>			3	3
Insat/Muito Insatisfeito (1)	21	6		
Nem Insat.Nem Sat. (2)	36	10		

Acontecimentos de Vida Significativos e Atividades Lúdicas			
<b>Acontecimento Stressante Passado</b>			
Não (0)	114	31	1 1
Sim (1)	253	68	
<b>Acontecimento Stressante Presente</b>			
Não (0)	228	62	0 0
Sim (1)	138	37	
<b>Prática Desportos</b>			
Não (0)	70	19	2 1.59
< 1 vez por semana (1)	11	3	
1 ou + vezes por semana (2)	290	78	
<b>Atividades Extracurriculares</b>			
Não (0)	48	13	2 1.63
< 1 vez por semana (1)	43	12	
1 ou + vezes por semana (2)	280	76	

Nota. N = 371.

Satisfeito/Muito Satisfeito (3)	310	84		
<b>Perceção Pessoal</b>				
<b>Sentir Bem</b>				
Quase nunca (1)	7	2	3	3
Algumas vezes (2)	70	19		
Frequentemente (3)	159	43		
Quase sempre (4)	135	36		
<b>Ser Feliz</b>				
Quase nunca (1)	3	1	3	4
Algumas vezes (2)	68	18		
Frequentemente (3)	139	38		
Quase sempre (4)	160	43		
<b>Satisfação com o próprio</b>				
Quase nunca (1)	24	7	3	3
Algumas vezes (2)	104	28		
Frequentemente (3)	123	33		
Quase sempre (4)	120	32		
<b>Perceção Pessoal Global</b>				
Perceção Insatisfatória (1)	48	13	2	2
Perceção Medianamente Satisfatória (2)	172	46		
Perceção Satisfatória (3)	150	40		

Nota. N = 371.